



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS EDUCATIVAS**

**A EPILEPSIA E A ESCOLA:  
ATITUDES, CONHECIMENTOS E PERCEÇÕES DO  
ESTIGMA DOS DOCENTES FACE À EPILEPSIA**

**FERNANDA MARIA CARVALHO DA SILVA**

Mestrado em Educação Especial  
Domínio Cognitivo e Motor

2013



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS EDUCATIVAS**

**A EPILEPSIA E A ESCOLA:  
ATITUDES, CONHECIMENTOS E PERCEÇÕES DO  
ESTIGMA DOS DOCENTES FACE À EPILEPSIA**

**FERNANDA MARIA CARVALHO DA SILVA**

Licenciada no Curso de Professores do Ensino Básico, variante Português-Francês, pelo Instituto Superior de Ciências Educativas.

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Ciências Educativas de Felgueiras para obtenção do Grau de Mestre em Educação Especial, no Domínio Cognitivo e Motor sob orientação do Professor Doutor Paulo Dias e coorientação da Mestre Ana Sofia Bastos.

## DEDICATÓRIA

*Ao meu anjo,  
que sempre me acompanhou.*

## **AGRADECIMENTOS**

Apesar da minha profunda dedicação e perseverança, a realização da presente dissertação de Mestrado só foi possível graças à colaboração e ao contributo, de forma direta ou indireta, de diversas pessoas que me permitiram desenvolver este trabalho e crescer enquanto investigadora e ser humano. A elas gostaria de expressar o meu sincero agradecimento e profundo reconhecimento, em particular:

Ao Instituto Superior de Ciências Educativas de Felgueiras (ISCE), que me possibilitou a realização desta investigação;

A todo o corpo docente do Curso de Mestrado da Educação Especial, no Domínio Cognitivo e Motor, pelos seus ensinamentos;

Ao orientador, Professor Doutor Paulo Dias, e à coorientadora, Dr.<sup>a</sup> Ana Sofia Bastos, pela atenção e confiança manifestadas, pelo interesse evidenciado por este projeto e pelas sugestões/conselhos que gentilmente foram dando no decurso da realização da dissertação;

À Dr.<sup>a</sup> Paula Fernandes e colegas, pelo seu contributo e disponibilidade na partilha do seu questionário;

Aos colegas educadores/professores, que gentilmente participaram na recolha da amostra para a presente investigação, pois sem eles tal estudo não seria exequível;

Aos colegas do mestrado, pela partilha de conhecimentos e experiências vivenciadas;

Aos amigos, que me apoiaram ao longo desta caminhada e que demonstraram enorme compreensão pelas minhas ausências, em particular ao Dr. Nuno Morais pelo seu precioso contributo que permitiu enriquecer este trabalho, e ao Mestre Vítor pela paciência, força e confiança que sempre depositou em mim;

À minha família, em especial aos meus pais, irmã e sobrinha, pelo apoio incondicional, compreensão inestimável nos momentos de maior indisponibilidade minha, e por estarem sempre presentes;

Ao Renato, que em todos os momentos caminhou ao meu lado, agradeço com um carinho muito especial a sua presença, partilha, compreensão, encorajamento e incentivo que se tornaram cruciais no desenvolvimento deste projeto;

A todos, enfim, reitero o meu apreço e a minha eterna gratidão

## RESUMO

Através do presente estudo pretendemos compreender *“A epilepsia e a escola. Atitudes, conhecimentos e percepções do estigma dos docentes face à epilepsia”*. No pressuposto de que esta é de todas as doenças crónicas a menos conhecida pela sociedade e que regista uma elevada prevalência na infância, foi de todo o interesse averiguar qual o seu impacto no contexto educativo. Nesse sentido, esta investigação teve dois objetivos principais: verificar as atitudes e os conhecimentos que os educadores/professores demonstram face à epilepsia, e, conhecer a percepção dos docentes relativamente ao estigma associado à epilepsia. Para a sua consecução, adotámos uma metodologia quantitativa, sendo os dados recolhidos através de um inquérito por questionário, em formato eletrónico, dos autores Antonak e Livneh (1995) e Fernandes, Salgado, Noronha, Sander e Li (2007) com base na caracterização da amostra e em duas escalas, utilizadas para medir as atitudes, os conhecimentos e o estigma relativamente à problemática da epilepsia. Este instrumento foi aplicado a 193 docentes a lecionar em Portugal, abarcando desde o nível pré-escolar ao secundário inclusive. A partir da análise dos dados, verificámos que os professores apresentam conhecimentos gerais sobre a epilepsia, e atitudes positivas face à mesma, apesar de ainda ser perceptível algum estigma nas respostas apresentadas. As principais limitações deste estudo prenderam-se com a escassez de estudos, sobretudo em Portugal, e de bibliografia que focassem esta problemática no contexto educativo, o tipo de amostra utilizado – “Bola de Neve”, que pode ter originado resultados enviesados. Futuramente, seria pertinente aprofundar o estigma face à epilepsia; comparar os nossos resultados com os alcançados após um curso de sensibilização para a epilepsia, e ainda comparar as atitudes, conhecimentos e percepções do estigma dos docentes com os da população em geral.

**Palavras-chave:** Atitudes e conhecimentos; Epilepsia; Estigma; Necessidades Educativas Especiais; Professores.

## ABSTRACT

This study aims to grasp the understanding “The epilepsy and school: teachers attitudes, knowledge and perceptions when it comes to epilepsy”. Therefore, and assuming that epilepsy is society’s least known chronic disease and that it registers its highest predominance during the childhood period, we have considered that to follow such a study was of the utmost importance. This study focused the disease impact in the educational context. This investigation had two main goals: the first goal was to assess the teachers’ knowledge and attitudes when it comes to epilepsy; the second goal was to teachers’ acknowledge the stigma related to epilepsy. When executing this investigation, the quantitative methodology was used with all the data obtained through an electronic questionnaire established by Antonak and Livneh (1995) and Fernandes, Salgado, Noronha, Sander and Li (2007). This questionnaire was based on the sample characterization and on the two scales that are used to measure behaviour, knowledge and the stigma associated to epilepsy. The questionnaire was applied to 193 teachers working in Portugal through all school levels from pre-school to secondary. After performing a data analysis we concluded that the teachers presented a general knowledge on epilepsy as well as a positive attitude towards the disease. However, a small amount of stigma on the given responses was detected. The main hindrances of this study had to do with the shortage of the researches available in Portugal as well as a scarce biography available that focuses on epilepsy within the educational context. Moreover, the *snowball* sampling technique used may have originated biased results. Hereafter it would be pertinent to deepen the issue of epilepsy stigma as well as to compare the achieved results, after a course on growing awareness on epilepsy was made available, and also to compare the teachers’ and the populations’ attitudes, knowledge and perception.

**Key words:** Attitudes, Knowledge, Epilepsy, Stigma, Special Needs Education , Teachers.

## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

**a.C.** – antes de Cristo

**CEB** – Ciclo do Ensino Básico

**col.** - coleção

**cols.** – colaboradores

**DAE's** – Drogas Anti-Epiléticas

**DC** – Dieta cetogénica

**DL** – Decreto-Lei

**ed.** – edição

**edts.** - editores

**EEG** – Eletroencefalograma

**et al.** – e outros

**EUA** – Estados Unidos da América

**ILAE** – International League Against Epilepsy

**LPCE** – Liga Portuguesa Contra a Epilepsia

**NE** – Necessidades Educativas

**NEE** – Necessidades Educativas Especiais

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**org.** - organizadores

**PCE** – Pessoas Com Epilepsia

**PET** — Positron Emission Tomography

**PHDA** – Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção

**QI** – Quociente de Inteligência

**QV** — Qualidade de Vida

**RM** – Ressonância Magnética

**SPECT** — Single-Photon Emission Computed Tomography

**SPSS** – Statistical Package for the Social Sciences

**SSE** – Stigma Scale of Epilepsy

**TAC** – Tomografia Axial Computadorizada

**UNESCO** - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

## ÍNDICE

DEDICATÓRIA .....	ii
AGRADECIMENTOS.....	iii
RESUMO .....	iv
ABSTRACT .....	v
LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS .....	vi
ÍNDICE.....	vii
ÍNDICE DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS.....	ix
INTRODUÇÃO .....	1
PARTE I .....	4
REVISÃO DA LITERATURA .....	4
CAPÍTULO I – A EPILEPSIA.....	5
1. PERSPETIVA HISTÓRICA.....	5
2. CONSIDERAÇÕES GERAIS ACERCA DA EPILEPSIA .....	7
2.1 Definição .....	7
2.2 Incidência e prevalência .....	8
2.3 Classificação das crises epiléticas/sintomas.....	9
2.4 Etiologia.....	11
2.5 Diagnóstico.....	12
2.6 Tratamento.....	15
3. ASPETOS SOCIOCULTURAIS DA EPILEPSIA .....	17
3.1. O estigma na epilepsia .....	18
3.2. A Qualidade de Vida (QV) no epilético.....	20
3.3. O impacto da epilepsia na família.....	24
CAPÍTULO II – A EPILEPSIA NO CONTEXTO EDUCATIVO.....	27
1. A CRIANÇA EPILÉTICA E A ESCOLA .....	27
1.1 Epilepsia e a aprendizagem.....	28
1.2 A epilepsia e o seu enquadramento na educação especial .....	31
2. ATITUDES, CONHECIMENTOS E PERCEÇÕES DOS EDUCADORES / PROFESSORES FACE À EPILEPSIA.....	36
PARTE II .....	45
ESTUDO EMPÍRICO .....	45
CAPÍTULO I – MÉTODO.....	46
1. ENUNCIÇÃO DO PROBLEMA .....	46



2. OBJETIVOS DE ESTUDO .....	46
3. DEFINIÇÃO DAS HIPÓTESES.....	47
4. TIPO DE ESTUDO.....	47
5. SUJEITOS/AMOSTRA/PARTICIPANTES.....	47
6. INSTRUMENTOS .....	48
7. PROCEDIMENTOS .....	49
8. TRATAMENTO DE DADOS.....	50
CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO/ ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	52
1. APRESENTAÇÃO/ ANÁLISE DE RESULTADOS.....	52
2. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	63
CONCLUSÃO .....	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	70
ANEXOS .....	76

## ÍNDICE DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

Quadro 1. Classificação simplificada dos tipos de crises epiléticas. Adaptado de Kutscher (2011, p.18) .....	10
Quadro 2. A comparação entre TAC e RM. Adaptado de Kutscher (2011, p. 37-38). .....	14
Quadro 3. Prevalência dos transtornos psiquiátricos na epilepsia e na população geral. Adaptado de Filho, Rosa e Yacubian (2008, p. 120). .....	29
Tabela 1. Dados sociodemográficos da amostra. ....	52
Tabela 2. Atitudes e conhecimentos dos educadores/professores acerca das PCE. ....	57
Tabela 3. O estigma dos educadores/professores relativo às PCE e as medidas a adotar perante epiléticas. ....	59
Tabela 4. Influência da variável género nas variáveis dependentes .....	60
Tabela 5. Influência da variável Conhece alguma pessoa com epilepsia nas variáveis dependentes .....	61
Tabela 6. Influência do nível de ensino lecionado pelos docentes nas atitudes, no estigma e medidas a adotar .....	61
Tabela 7. Análise à relação entre as variáveis Idade e Tempo de serviço e as atitudes, o estigma e as medidas a adotar. ....	62
Tabela 8. Análise da relação existente entre os conhecimentos gerais, a frequência e a intensidade dos contactos com PCE em função das atitudes, do estigma e das medidas a adotar. ....	63
Figura 1. Prevalências de alunos com NEE, em risco educacional e sobredotados. Adaptado de Correia (2008a, p.55). ....	35
Figura 2. Análise estatística à variável Conhece alguma pessoa com epilepsia. ....	53
Figura 3. Avaliação do grau de conhecimento geral sobre a epilepsia .....	54
Figura 4. Frequência dos contactos com PCE .....	54
Figura 5. Intensidade dos contactos com PCE. ....	55
Figura 6. Análise da variável Atitudes positivas relativamente ao nível de ensino que leciona. ....	62

## INTRODUÇÃO

A epilepsia surge como a precursora das neurociências, despertando a atenção e interesse de diversos investigadores (Gomes, 2006).

Durante séculos, as pessoas que apresentavam epilepsia eram consideradas perigosas e deveriam ser mantidas à margem da sociedade por se tratar de uma doença, cujas causas eram apontadas como sobrenaturais.

De acordo com Gomes (2006), ainda hoje a referida doença está ensombrada por crenças e preconceitos, sendo inclusive recorrente assistir-se a práticas culturais religiosas e científicas como forma de tratamento da mesma, que interferem na Qualidade de Vida daqueles que a apresentam.

Por se tratar de uma condição neurológica de elevada prevalência na infância (Fernandes & Souza, 2004) e dada a crescente permanência das crianças e/ou jovens nas escolas, é portanto nossa pretensão, através da realização do presente trabalho de investigação, desmistificar a problemática da epilepsia, aprofundando o conhecimento sobre a mesma; verificar quais as suas implicações no contexto educativo e refletir nos conhecimentos, nas atitudes e percepções do estigma que os educadores e/ou professores possuem acerca da mesma, numa escola que se afirma como inclusiva, conforme o preconizado na Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994, p. ix), em que as escolas regulares “constituem os meios mais eficazes para combater as atitudes discriminatórias, criando comunidades abertas e solidárias, construindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos”.

Embora escassos, há registo de literatura e de estudos efetuados no domínio desta problemática, contudo, estes têm focado essencialmente o ponto de vista clínico e muito pouco o educativo. Aliado a este motivo, e atendendo ao facto da epilepsia ter sido considerada em alguns estudos como sendo de todas as doenças crónicas a menos conhecida pela população em geral, parece-nos importante averiguar o impacto da epilepsia no ambiente escolar, onde educador/professor se assume como transmissor de informações corretas e não preconceituosas (Guilhoto, Nobre, Silva & Tavares, 2007).

Pelo que se encontra exposto, eis que surge a questão fulcral e impulsionadora da presente investigação: “Que atitudes, conhecimentos e percepções do estigma demonstram os educadores/professores face à epilepsia?”.

Em torno da questão apresentada, optamos por um estudo quantitativo com recurso a um inquérito por questionário, recolhido através de uma amostra não aleatória de docentes, desde o ensino pré-escolar até ao secundário, inclusive. Como objetivos gerais pretendemos verificar as atitudes e os conhecimentos que os educadores/professores

demonstram face à epilepsia e conhecer a percepção dos docentes relativamente ao estigma associado à epilepsia. Para a sua concretização, formulamos três hipóteses: os conhecimentos gerais que os educadores/professores possuem acerca da epilepsia e das reais condições e circunstâncias de vida das PCE influenciam as suas atitudes, estigma e medidas a adotar (hipótese 1); os educadores/professores têm a percepção das medidas a adotar perante uma crise epilética (hipótese 2), e as variáveis *Género, Idade, Tempo de serviço e Nível de ensino que leciona* apresentam uma associação positiva com as variáveis *Atitudes positivas, Atitudes negativas, Estigma e Medidas a adotar* (hipótese 3).

Partindo então dos pressupostos anteriores, organizamos o nosso estudo em duas partes distintas, mas complementares, ambas com dois capítulos. A Parte I prende-se com o enquadramento teórico da temática em análise, e a Parte II com a apresentação do estudo empírico desenvolvido no decorrer da presente investigação.

No capítulo I da Parte I, damos a conhecer o problema através do enquadramento teórico do assunto a estudar. Procedemos por isso a uma breve revisão da literatura no âmbito da epilepsia, partindo de uma abordagem histórica desse conceito para posteriormente melhor compreender aspetos relacionados com o mesmo, designadamente no que diz respeito à classificação das crises, aos sintomas, etiologia, diagnóstico e tratamento. Efetuamos de igual modo uma reflexão acerca do estigma que ainda hoje se encontra associado a esta doença e do impacto que a mesma assume, ou pode assumir, na Qualidade de Vida das pessoas que a apresentam, a começar pelo contexto familiar.

Seguidamente, no capítulo II, fazemos uma análise das repercussões da epilepsia no contexto educativo, incidindo particularmente quer em aspetos referentes à aprendizagem de um aluno com epilepsia, quer na percepção que os docentes têm face a esta doença. Desse modo, procuramos também enquadrar esta problemática no âmbito da educação especial.

No que diz respeito à Parte II, esta subdivide-se em dois capítulos e refere-se ao trabalho de campo que advém da pesquisa efetuada. No capítulo I, apresentamos a metodologia adotada e o problema de investigação. Partindo da questão-chave, definimos os objetivos gerais e específicos, formulamos as hipóteses de estudo e delineamos as metodologias de trabalho que melhor se adequam aos objetivos a que nos propomos alcançar. No seguimento deste capítulo, surge o capítulo II, onde expomos e analisamos os dados obtidos, segundo a amostra recolhida, bem como evidenciamos os resultados alcançados com base nas hipóteses anteriormente referidas.

Por fim, e em jeito de conclusão, salientamos as condicionantes que foram surgindo no decorrer desta investigação, bem como apresentamos algumas recomendações para futuras investigações no âmbito desta temática.

O presente estudo encerra assim com as referências bibliográficas, que serviu de suporte quer ao enquadramento teórico quer ao estudo empírico, e ainda com um anexo, onde se encontra o instrumento utilizado nesta investigação.

**PARTE I**

**REVISÃO DA LITERATURA**

---

## CAPÍTULO I – A EPILEPSIA

### 1. PERSPETIVA HISTÓRICA

A epilepsia desde cedo despertou a atenção de diversos investigadores dado o seu carácter invulgar, não só no que diz respeito à sua origem, como à sua definição que é ainda pouco consensual (Gomes, 2006).

Segundo Riggs e Riggs (2005), a epilepsia encontra-se intimamente relacionada com práticas culturais, religiosas, mágicas e científicas, sendo sustentada ainda hoje por preconceitos, superstições e crenças infundadas.

Em 2000 a.C., surge na Babilónia um manuscrito sobre medicina, onde são feitas as primeiras referências à epilepsia. Este contém informações acerca da referida doença e dos diferentes tipos de ataques epiléticos, enfatizando-se o seu carácter sobrenatural. A epilepsia era até então considerada como “uma doença espiritual que precisa de tratamento espiritual” (Kutscher, 2011, p.151) — a *morbus sacer*<sup>1</sup>.

Mais tarde, na Grécia Antiga, renasce o fascínio sobre a epilepsia, proporcionando o aparecimento de novos relatos e/ou conceitos acerca da mesma. Contudo, esta doença permanecia ainda associada a pensamentos místicos e/ou religiosos, acreditando-se que as crises epiléticas se deviam a castigos dos Deuses ou a algo maligno, recorrendo-se ao exorcismo como meio de tratamento (Medina, Sell, Calix & Gracia, 2001).

Os gregos foram assim os primeiros a estudar as doenças sob uma conceção mais científica, desagregando a ciência da religião. Tal é o exemplo de Hipócrates (460 — 375 a.C.), considerado por Platão e Aristóteles como o “pai da Medicina”, que encetou um longo caminho no que diz respeito à epilepsia através de uma monografia que entretanto escrevera, onde se vê reforçada a ideia de que esta doença não era sagrada nem divina, mas sim um distúrbio com origem no cérebro. No entanto, os seus pensamentos foram sendo refutados e os progressos nesta área revelaram-se escassos, visto a epilepsia continuar ainda relacionada a um fenómeno sobrenatural, dando origem à expansão do preconceito e estigma a ela associados que permanecem até hoje (Kutscher, 2011).

Se na Grécia reinava a ideia da epilepsia como sendo a *morbus sacer*, na Roma Antiga, predominava a expressão *morbus comicialis*<sup>2</sup>, sendo os epiléticos afastados da sociedade

---

<sup>1</sup> *Morbus sacer* é um termo que deriva do latim e significa “doença sagrada”. Na Antiguidade, as causas da Epilepsia eram desconhecidas e, como tal, sempre que se assistia a um ataque epilético dizia-se que se estava perante um caso de possessão demoníaca ou divina.

<sup>2</sup> *Morbus comicialis* é uma expressão que deriva do latim e significa “doença de comício”. Na Roma Antiga, se houvesse alguém que apresentasse uma crise epilética durante um comício, este era suspenso de imediato para se evitar o suposto contágio.

por medo de contágio (Gomes, 2006). Neste período, a concepção mágica não desaparecera por completo, pois os epiléticos eram nesse período apelidados de “lunáticos”, dando origem a diversas teorias acerca da influência que a lua, sobretudo a lua cheia, tinha sob os mesmos.

Na Idade Média, os epiléticos continuaram a ser vítimas do estigma, chegando a ser perseguidos pela Santa Inquisição como se de bruxos se tratassem. Em 1484, a perseguição deixa de ter apenas como alvo os hereges, tornando-se assim mais abrangente, atingindo igualmente os loucos e todos aqueles que apresentavam crises epiléticas (Moreira, 2004).

Segundo Gomes (2006), a epilepsia e todas as doenças de origem desconhecida encontravam-se associadas a enfermidades altamente contagiosas, tal como a lepra e a peste. Por esta razão, os epiléticos tinham de ser banidos da sociedade por serem fruto de feitiçarias, tal como consta no *Malleus Malleficarum*<sup>3</sup>, que levou à perseguição, tortura e morte de centenas de pessoas. Consequentemente eram prescritos tratamentos mágicos ou religiosos, alguns dos quais permanecem ainda enraizados na nossa sociedade por falta de informação relativamente à doença.

Esta condição de saúde foi sendo gradualmente desmistificada durante o Renascimento com a introdução de novos conceitos a ela associados — “grande mal/pequeno mal”. No entanto, e apesar de adquirir uma perspetiva mais humanista, os epiléticos continuavam a ser estigmatizados e colocados à margem da sociedade, visto os novos desenvolvimentos não se revelarem suficientemente sólidos para que houvesse uma mudança de concepções (Martínez, 2009).

Mais tarde, a partir dos séculos XVIII e XIX, é que a epilepsia começou a ser considerada de forma mais moderna, dados os progressos no âmbito das neurociências (Gomes, 2006).

No período referido, as concepções mais primárias da doença foram sendo afastadas, levando quer ao reaparecimento das hipóteses formuladas outrora quer ao início de diversas investigações no que concerne à epilepsia, estando agora criadas as bases para uma interpretação mais adequada dos fenómenos inerentes à doença em causa (Martínez, 2009). Todavia, o preconceito permaneceu e a epilepsia estava agora associada a doenças do foro mental. De facto, a barreira entre a psiquiatria e a neurologia era de tal modo ténue que os seus portadores chegaram a ser considerados perigosos ou atrasados/perturbados mentais. Por este motivo, proliferou-se o aparecimento de hospitais e/ou asilos

---

<sup>3</sup> *Malleus Malleficarum* é uma expressão que deriva do latim e significa “O martelo das bruxas” ou ainda “O martelo das feiticeiras”. Este foi uma espécie de manual utilizado no séc. XV, mais concretamente em 1487, para se diagnosticar e aniquilar bruxas.



psiquiátricos visando o seu tratamento, no entanto, os epiléticos foram novamente excluídos pela dificuldade que os médicos tinham face ao seu prognóstico (Moreira, 2004).

As investigações na área das neurociências expandiram-se um pouco por todo o mundo. Assim, de todas as descobertas efetuadas no sentido de melhor compreender a epilepsia, destacamos a investigação encetada pelo neurologista inglês John Hughlings Jackson (1835—1911), que contribuiu para a clarificação e distinção entre psicologia e neurologia, sendo que a primeira estuda o cérebro numa perspetiva funcional e a segunda do seu ponto de vista orgânico. Este neurologista favoreceu ainda a localização funcional cerebral e a organização hierárquica do sistema nervoso (Gomes, 2006). Desde então outras iniciativas se seguiram, permitindo um maior conhecimento da doença.

De acordo com Brailowsky (1992) o século XIX foi claramente a época de ouro da neurologia ocidental.

## **2. CONSIDERAÇÕES GERAIS ACERCA DA EPILEPSIA**

### **2.1 Definição**

O termo epilepsia deriva do nome grego “epilambaneim” que significa surpreender, dado o carácter imprevisível das crises epiléticas, podendo afetar qualquer pessoa independentemente da idade, género ou cultura (Brailowsky, 1992).

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) referiu que a epilepsia é a mais comum e a mais antiga enfermidade neurológica conhecida, ocupando desse modo a segunda posição na classificação das doenças neurológicas que mais afetam a população na sua generalidade.

De facto, desde a Antiguidade que a palavra epilepsia apresenta uma conotação negativa, dando origem a definições assentes em crenças e mitos. Por esta razão, e apesar dos progressos efetuados ao longo dos tempos nesta área, esta doença não reúne consensualidade junto dos neurologistas, não havendo portanto, na ótica de Guerreiro e Guerreiro (2004), uma definição que seja completamente satisfatória.

Na perspetiva de Gameiro (1989), podemos analisar a epilepsia sob dois pontos de vista fundamentais: o psiquiátrico e o fisiológico. No que concerne ao primeiro, este autor refere-se à epilepsia como sendo uma perturbação da consciência e modificação da personalidade, relacionando-a com as crises epiléticas. No âmbito fisiológico, epilepsia já é tida como uma afeção crónica, sinal ou sintoma de uma desordem neurológica (Nielsen,

1999), ou uma doença crónica (Gomes, 2004) ou ainda como um distúrbio cerebral persistente, causado pela predisposição para gerar crises epiléticas e pelas consequências neurobiológicas, cognitivas, psicossociais e sociais da condição (Thurman et al., 2011).

Apesar das múltiplas definições sobre esta temática, todas convergem num ponto — na recorrência das crises, sendo este um aspeto crucial a ter em consideração no diagnóstico da epilepsia.

## **2.2 Incidência e prevalência**

Antes de abordarmos a questão da incidência e prevalência da epilepsia ao nível mundial, e em particular em Portugal, é importante conhecer a verdadeira aceção destes dois conceitos, bem como efetuar a sua correta distinção. Neste contexto, incidência caracteriza-se pela taxa de ocorrência de novos casos durante um período numa determinada população, e prevalência corresponde ao número de casos, novos ou não, de uma doença numa determinada população num dado momento (Houeto, 2005).

A epilepsia afeta assim entre 60 a 100 milhões de indivíduos de todo o mundo, independentemente da idade, raça ou classe social, tal como foi mencionado anteriormente.

Estima-se então que a incidência anual de epilepsia seja de 40 a 70 por 100.000 habitantes em países desenvolvidos e de aproximadamente 63 a 158 por 100.000 nos países em desenvolvimento. A sua incidência é variável, pois depende da idade, sendo portanto mais elevada no primeiro ano de vida que, de acordo com os dados apontados por Appleton, Chappell e Beirne (2000), corresponde a 140 por 100.000 crianças com idade inferior a um ano. Em Portugal, a incidência é de aproximadamente 6000 novos casos, isto é, 60 novos casos por 100.000 habitantes por ano (Gomes, 2004).

Relativamente à taxa de prevalência mundial de epilepsia, esta varia entre três a oito por 1000 habitantes nos países desenvolvidos, enquanto nos países em desenvolvimento a taxa ronda os três a 57 por 1000 habitantes. Estes dados são facilmente justificáveis visto o problema residir na identificação das pessoas com a referida doença, pois o estigma que ainda subsiste em torno esta problemática não permite proporcionar-lhes um tratamento mais adequado.

Segundo dados fornecidos pela Liga Portuguesa Contra a Epilepsia (LPCE), a prevalência de epilepsia em Portugal é de quatro a sete casos por cada 1000 habitantes, o que significa que aproximadamente 40 a 70 mil portugueses apresentam epilepsia (Ramalho, Silva & Cruz, 2009).

Nesta perspetiva, Lefevre et al. (1980), bem como Ajuriaguerra (1980), citados por Rosa (1997), consideram a epilepsia uma doença de ocorrência frequente com maior prevalência na infância, cerca de 0,5 a 0,8%, devido à imaturidade do sistema nervoso central que as crianças apresentam neste período de vida.

No que concerne às diferenças entre géneros no âmbito da incidência e prevalência da epilepsia, Appleton et al. (2000) acreditam que estas são quase nulas. Contudo, reconhecem que existem determinados tipos de epilepsia que são mais comuns nas mulheres do que nos homens.

### **2.3 Classificação das crises epiléticas/sintomas**

Na ótica de Kutscher (2011), uma crise epilética é como se se tratasse de um “curto-circuito” temporário do cérebro, sendo este constituído por biliões de células nervosas designadas por neurónios que comunicam entre si através de impulsos elétricos. Estes são os responsáveis pelo controlo de todos os atos e funções de cada parte do corpo. Assim que o neurónio liberta um neurotransmissor, as mensagens elétricas podem ser enviadas de uma célula nervosa para a outra, designando-se de neurotransmissores de excitação, pois estimulam os neurónios, ou então bloqueadas, inibindo os sinais elétricos, sendo estes os neurotransmissores de inibição.

Para Appleton et al. (2000) tem de existir permanentemente um equilíbrio entre os referidos neurotransmissores. Contudo, quando há uma falha ou perda de equilíbrio durante a transmissão, os sinais elétricos não comunicam mais entre si de modo constante, causando um ataque ou crise epilética, o qual poderá circunscrever-se a uma pequena área (crises parciais) ou propagar-se por todo o cérebro (crises generalizadas).

As crises epiléticas podem então assumir diversas formas conforme a localização do foco epilético e é através da descoberta da sua localização e origem que é possível efetuar um diagnóstico mais preciso (Gomes, 2004).

Nielsen (1999) faz alusão à existência de mais de trinta tipos diferentes de crises que a International League Against Epilepsy (ILAE) organizou em duas categorias principais: as crises generalizadas e as crises parciais, que se subdividem ainda noutras categorias. Esta classificação é mais ou menos consensual, existindo concordância internacional de padrões para as descrições das crises epiléticas por parte da comunidade médica.

**Quadro 1.** Classificação simplificada dos tipos de crises epiléticas. Adaptado de Kutscher (2011, p.18)

Crises generalizadas (que começam inicialmente na totalidade do cérebro)	Crises parciais (que começam inicialmente numa parte de um hemisfério)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Crises de ausência</li><li>• Crises tónico-clónicas</li><li>• Crises mioclónicas</li><li>• Crises atónicas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Crises parciais simples</li><li>• Crises parciais complexas</li><li>• Crises parciais que se tornam generalizadas</li></ul>

As crises generalizadas ou crises generalizadas primárias ocorrem quando a atividade elétrica anormal, que causa a crise epilética envolve ambos os lados do cérebro de uma só vez, isto é, propagam-se por todo o cérebro e são classificadas de crises de ausência, tónico-clónicas, mioclónicas e atónicas, apresentando como pontos comuns: a ausência de aura bem definida e níveis de alteração da consciência.

As crises de ausência ou crises do «pequeno mal» são convulsões muito comuns e iniciam-se habitualmente após os três anos de idade. Descritas como «ausências» em que o epilético parece alheado, podem passar despercebidas pela sua breve duração, entre três a 30 segundos, durante as quais não há movimento ou reação por parte do epilético, nem queda no chão. Por sua vez, há outros sintomas indicadores deste tipo de crise: o olhar fixo no vazio, o piscar de olhos e ligeiros movimentos automáticos com as mãos, de mastigação ou espasmos que podem ocorrer muitas vezes por dia, todos os dias (Appleton et al., 2000).

As crises tónico-clónicas ou crises do «grande mal» têm duas fases: a tónica e a clónica, sendo a sua duração aproximadamente de um a três minutos. Na fase tónica, há um endurecimento contínuo das extremidades do epilético, provocando espasmos, enquanto na fase clónica há espasmos ou contrações rápidas, alternadas por um lento relaxamento muscular. Deste modo, crises tónico-clónicas são convulsões que começam com um endurecimento dos músculos seguidas de espasmos rápidos que se vão tornando mais lentos até pararem. Normalmente, os sintomas demonstrados prendem-se com um cerrar de dentes, mordedura ou não da língua ou bochecha, perda de consciência e, por vezes, perda de controlo da bexiga.

As crises mioclónicas são raras e consistem em contrações musculares breves e irregulares com flexão muscular para a frente ou para trás, encontrando-se associadas a estados de sonolência ou a momentos após o acordar. Estas têm a duração de uma fração de segundos.

Crises atônicas são muito raras e apresentam perda muito rápida do tônus muscular, cuja consciência é imediatamente recuperada assim que o epilético cai ao chão. Geralmente dura poucos segundos e pode ser precedida de uma breve crise mioclônica.

As crises parciais começam numa parte do cérebro e podem também ser denominadas de crises «focais» ou «localizadas». Estas encontram-se ainda divididas em: crises parciais simples, parciais complexas e parciais com generalização secundária.

As crises parciais simples começam de forma localizada num hemisfério não alterando por isso o nível de consciência. Como sintomas apresenta espasmos numa extremidade, uma sensação estranha numa parte do corpo, fenómenos visuais, sentir medo ou uma sensação de *déjà-vu* e adormecimento do rosto ou braços.

As crises parciais complexas têm o seu início num dos hemisférios, havendo uma aura bem definida, alteração do estado de alerta e confusão por parte do epilético e a apresentação de movimentos dos lábios e dos olhos, bem como movimentos descoordenados com as mãos. Estas crises podem assemelhar-se às crises de ausência e têm a duração de alguns minutos.

As crises parciais com generalização secundária começam por ser uma crise parcial, em que a maioria dos epiléticos tem consciência que está a sofrer uma crise, mas que logo perde essa percepção à medida que a crise se vai propagando ou generalizando depois por todo o cérebro.

Os tipos de crises epiléticas apresentados anteriormente foram agrupados de acordo com a sintomatologia manifestada pelos epiléticos e com a localização e origem do foco epilético (**Quadro 1**).

Há ainda síndromes epiléticas que podem apresentar crises parciais ou generalizadas, tais como: síndrome de West ou espasmos infantis, epilepsia benigna da infância com pontas centro-temporais ou epilepsia rolândica benigna da infância, epilepsia occipital benigna da infância, epilepsia do lobo temporal, síndrome de Lennox-Gastaut, síndrome de Landau-Kleffner, epilepsias reflexas (desencadeadas por estímulos conhecidos e que se refletem quando se encontram perante o mesmo), entre outras epilepsias desencadeáveis (Kutscher, 2011).

## **2.4. Etiologia**

Na maioria dos casos de epilepsia, não se consegue especificar a sua causa, sendo que somente 50 a 60% das crianças é que apresenta uma síndrome epilética bem definida, as restantes são agrupadas em três grupos distintos, tendo em consideração aquilo que as

poderá ter potenciado. É nesse sentido que Appleton et al. (2000) categorizam a referida doença em:

- Epilepsia idiopática ou primária, onde não existe uma causa óbvia, atribuindo-se portanto a causas genéticas ou hereditárias;
- Epilepsia criptogénica, em que há uma suspeita da possível causa;
- Epilepsia sintomática ou secundária, cuja causa é conhecida.

Contudo, e no seu mais recente relatório, a Comissão de Classificação das Epilepsias da ILAE contemplou a etiologia e dividiu as epilepsias em três categorias: a genética, a estrutural/metabólica e a desconhecida, em substituição das anteriores que até então vigoravam: a idiopática, a sintomática e a criptogénica, respetivamente.

De entre as inúmeras causas da epilepsia, Nielsen (1999) apontou: o trauma durante o parto, a infeção cerebral, o traumatismo craniano, o tumor cerebral, trombozes, a intoxicação causada por drogas, a interrupção da irrigação sanguínea do cérebro, os desequilíbrios metabólicos existentes no organismo, entre outras.

Importa, no entanto, salientar a existência de crises que na opinião de Kutscher (2011) ocorrem sem estarem diretamente relacionadas com a epilepsia, mas que interferem na determinação da causa da mesma, dadas as semelhanças na sintomatologia, a saber: episódios cardiovasculares e de apneia, enxaquecas, doença do refluxo gastroesofágico, ataques de raiva, tiques, perturbações do movimento e do sono, hipoglicemia, uso de substâncias ilícitas, febre, espasmos infantis, luzes intermitentes/fatores ambientais, sons intensos, monótonos e repetitivos, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e convulsões psicogénicas.

Para Shorvon (2011), a etiologia é, de facto, um fator determinante no tratamento, prognóstico e evolução clínica da epilepsia.

## **2.5. Diagnóstico**

O sucesso do tratamento depende de um correto diagnóstico, pois existem diversos acontecimentos que o podem influenciar pelo facto de haver sintomas similares a uma crise epilética (Appleton et al., 2000).

O diagnóstico de uma epilepsia é um processo moroso, dada a existência de diversos tipos de ataques epiléticos, que podem estar relacionados ou não com a epilepsia e que têm de ser averiguados para que não surjam problemas futuros.

Na ótica de Appleton et al. (2000) este é fundamentalmente clínico, visto basear-se nas informações transmitidas por aqueles que têm um contacto mais próximo com o possível

epilético, servindo-se *a posteriori* dos meios complementares, tais como: o Eletroencefalograma (EEG), a Tomografia Axial Computorizada (TAC) ou a Ressonância Magnética (RM), para realizar uma melhor caracterização da situação e avaliação da sua etiologia.

Numa primeira fase, quando há suspeita de epilepsia, o médico especialista que acompanha o paciente procede à anamnese, sendo este o primeiro aspeto a ter em consideração para um diagnóstico mais acertado. Esta baseia-se numa descrição pormenorizada das crises, sendo feita pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas oculares (Vieira, 2005) e que, na opinião de Guerreiro e Guerreiro (2004), deve incluir os sintomas iniciais (aura ou crise parcial), as manifestações críticas e os sintomas/sinais pós-ictais. A partir deste momento, o médico define, ou não, os exames que necessitam de ser efetuados para que, desse modo, possa delinear um tratamento mais adequado e traçar um prognóstico.

Após a avaliação efetuada através dos exames físicos e neurológicos, poderá haver então a necessidade de se indicarem outros exames para se determinar a causa das crises ou para investigar outros diagnósticos possíveis para além das crises. Deste modo, e graças aos avanços e às pesquisas no âmbito da neurofisiologia, para além das análises ao sangue, existem outros mais específicos que permitem obter imagens do cérebro — a TAC, a RM, o EEG, o Positron Emission Tomography (PET) e o Single-Photon Emission Computed Tomography (SPECT).

Dos meios complementares referidos anteriormente, os mais utilizados no diagnóstico da epilepsia são: o EEG, a TAC e a RM. Segundo Fougère, Rominger, Förster, Geisler e Bartenstein (2009), o PET e o SPECT apenas são indicados para uma pequena percentagem de pacientes que necessita de intervenção cirúrgica, dado o baixo controlo das crises. Estes últimos são testes muito especializados que permitem confirmar ou verificar as áreas metabólicas ativas ou inativas no cérebro passíveis de serem operáveis.

O EEG mede a atividade elétrica do cérebro e é utilizado como complementar à informação obtida a partir de uma RM ou de uma TAC, apesar de permitir efetuar por si só alguns diagnósticos de epilepsia, tais como: as epilepsias de ausência, a rolândica e occipital, a síndrome de West ou espasmos infantis e a mioclónica do adolescente.

Segundo Gomes (2004), o EEG é um exame obrigatório, pois pode comprovar o diagnóstico de epilepsia e ajudar na sua classificação para deste modo selecionar o melhor tratamento. É um exame indolor e tem a duração média de 30 minutos, podendo ser realizado em qualquer idade e de diversas maneiras: EEG de rotina em estado de vigília,

EEG com privação de sono, EEG com sedação, vídeo-EEG e EEG contínuo ambulatório (Kutscher, 2011).

No que diz respeito à TAC, e na ótica de Guerreiro e Guerreiro (2004), este exame é útil para determinar a maioria dos tumores, das malformações arteriovenosas e malformações cerebrais externas, dos acidentes vasculares, das lesões infecciosas, das neurocisticercoses e das lesões ósseas, sendo importante para a realização de uma avaliação rápida das crises ou quando a RM é contra-indicada.

Para Gomes (2004) a TAC é um ótimo meio de primeiro recurso quando se pretende verificar se existe ou não alguma lesão capaz de provocar as crises epiléticas.

Por sua vez, este autor refere-se à RM como um exame muito utilizado por ser muito preciso e confiável, que possibilita o diagnóstico de anomalias na estrutura do cérebro, isto é, procura verificar a existência de malformações no desenvolvimento ou tumores. No entanto, é muito dispendioso e moroso, demorando aproximadamente 40 minutos

Mas afinal, quais são as principais diferenças entre destes dois exames auxiliares no diagnóstico de epilepsia: a TAC e a RM? O **Quadro 2** apresenta sucintamente os convenientes e inconvenientes da aplicação da TAC e da RM.

**Quadro 2.** A comparação entre TAC e RM. Adaptado de Kutscher (2011, p. 37-38).

TAC	RM
<ul style="list-style-type: none"><li>• Exame de urgência</li><li>• Demora apenas alguns minutos</li><li>• Pode ser feito sem sedação das crianças jovens</li><li>• Pode detetar a maioria das massas, mas não detetar massas mais pequenas</li><li>• Melhor na deteção de sangue fresco</li><li>• Utiliza raios X</li><li>• Precisa do contraste intravenoso para um melhor resultado. A solução de contraste utilizada na TAC apresenta alguns riscos</li><li>• Fraca capacidade de obter imagens dos lobos temporais (uma fonte habitual de crises) e das zonas inferiores do cérebro</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Exame de eleição</li><li>• Demora 30 ou mais minutos</li><li>• Normalmente, exige a sedação das crianças com menos de cinco anos</li><li>• É normalmente mais preciso na deteção de lesões</li><li>• Menos sensível na deteção de sangue fresco</li><li>• Utiliza ondas magnéticas</li><li>• Quando utilizada, a solução de contraste das RM é muito segura</li><li>• Visualiza a totalidade do cérebro</li></ul>

Concluindo, a TAC exige menor preparação que a RM, é realizada com maior brevidade e é excelente em situações de urgência. Por sua vez, a RM é mais sensível, não utiliza raios



X e evita a administração da solução de contraste, sendo, por este motivo, a imagem neurológica mais apropriada para casos considerados não urgentes.

## **2.6.Tratamento**

O principal objetivo quando se opta por um tratamento para a epilepsia é melhorar a qualidade de vida do epilético, mantendo-o sem crises, sem efeitos colaterais das Drogas Antiepiléticas (DAE's) e com boa integração psicossocial (Guerreiro & Guerreiro, 2004). Aproximadamente 70 a 75% dos ataques cessam na puberdade, no entanto, apenas acontece em determinados tipos de epilepsia, como a epilepsia de ausência e a epilepsia rolândica benigna da infância.

Gomes (2004) considera que o tratamento na epilepsia é prolongado e acarreta diversos inconvenientes para o paciente. Como tal, antes de iniciar um tratamento, o médico que acompanha o caso deve respeitar três premissas fundamentais, baseando-se na relação risco/benefício, ou seja, no risco de novas crises versus o risco inerente aos medicamentos:

1. Certificar-se de que realmente se trata de uma crise epilética;
2. Suspeitar do tipo de crise que o indivíduo possa apresentar;
3. Suspeitar do tipo de epilepsia, pois disso dependerá a seleção do tratamento mais adequado.

O tratamento pode incluir medicação, cirurgia ou dieta. Contudo, o tratamento por medicação é o principal recurso terapêutico utilizado na maioria dos casos de epilepsia, sendo que estes conseguem ver assim as suas crises controladas através dessa terapêutica. Todavia, em 15 a 25% dos casos onde nada disto funciona (Appleton et al., 2000), como na epilepsia refratária, opta-se por outros tratamentos.

Na perspetiva de Moreira (2004), apesar de não haver ainda um antiepilético que controlo todos os tipos de crises e que se ajustem a todos os epiléticos, a maioria das crises epiléticas consegue ser controlada com um só antiepilético, o qual é escolhido em função da segurança, dos efeitos secundários e da eficácia no tratamento de cada tipo de epilepsia.

Até 1990, existiam seis antiepiléticos principais: carbamazepina, etosuximida, fenobarbital, fenitoína, primidona, ácido valpróico e divalproato de sódio e benzodiazepinas. Mais tarde, foram apresentados novos medicamentos que possuem menos efeitos colaterais, pois são melhor tolerados pelo epilético, mais eficazes e seguros: gabapentina, lamotrigina, topiramato, levetiracetam, oxcarbazepina, tiagabina, zonisamida, felbamato e vigabatrina (Kutscher, 2011).

Normalmente os médicos optam pelas DAE's mais antigas por apresentarem um historial de maior segurança, podendo combinar até dois antiepiléticos, salvo raras exceções onde tal não seja aconselhável. Importa ainda referir que os antiepiléticos utilizados em crianças e adultos são os mesmos, variando somente na metodologia aplicada (Padró, Rovira & Ortega, 2000).

Para Gomes (2004), não existe nenhum medicamento perfeito. Cabe então ao médico a correta avaliação da situação para que desse modo possa proceder ao devido ajustamento da medicação, se necessário, e reduzir os efeitos secundários que eventualmente possam surgir: embriaguez, letargia, tonturas, náuseas, alteração do apetite, dificuldades na coordenação, humor e comportamento, problemas de pele, do fígado e da medula óssea, entre outros.

Parte do sucesso do tratamento advém da aquisição de hábitos de vida saudáveis, isto é, dormir o suficiente e regularmente, ter cuidado com a alimentação, evitar o consumo de álcool ou drogas e tomar a medicação recomendada. No entanto, e apesar dos epiléticos terem estas precauções, há epilepsias onde as mesmas se revelam insuficientes no controlo das crises epiléticas, designando-se de epilepsias refratárias às DAE's, ou seja, epilepsias intratáveis, cujas crises não conseguem ser controladas através da administração máxima tolerada de duas ou três DAE's, correspondendo entre 20 a 30% das crianças epiléticas (Vasconcelos et al., 2004). É nestas situações que se recorre às terapias complementares ou a tratamentos não farmacológicos, tais como a Dieta Cetogénica (DC) e a cirurgia.

As terapias complementares, contrariamente às alternativas, são aquelas que se utilizam em concomitância com os tratamentos convencionais e não em substituição dos mesmos. As terapias complementares visam auxiliar no relaxamento do epilético que ajudará, por sua vez, no alívio e redução do stress e ansiedade e consequentemente na diminuição das crises, não havendo, no entanto, confirmação do seu verdadeiro contributo na melhoria da epilepsia. Deste modo, as terapias mais aplicadas são: aromaterapia, acupuntura, homeopatia, hipnoterapia e massagem (Appleton et al., 2000)

Outro tratamento igualmente utilizado, ainda que mais raramente dado o reduzido sucesso que se obtém, é a DC que, na ótica de Ramos, Gabbi e Cintra (2004), promove em 75% a redução do número de crises, tornando-se mais eficaz essencialmente em crianças e adolescentes.

Vasconcelos et al. (2004) referem que esta dieta foi criada por Wilder, em 1921, na Hayo Clinic, com o intuito de tratar crianças com epilepsia refratária e significa literalmente

«produção de cetonas», que são substâncias naturais existentes no sangue e na urina. Segundo estes autores, a DC é um regime alimentar que consiste na restrição de hidratos de carbono com uma adequada ingestão de proteínas e alto teor de lípidos que, por sua vez, ajuda à produção hepática contínua de corpos cetónicos. Com o decorrer do tempo, o metabolismo cerebral adapta-se a esta dieta e os neurónios começam a utilizar os corpos cetónicos em substituição da glicose como principal gerador de energia.

Após um período de esquecimento devido às novas descobertas no âmbito das DAE's, esta dieta ressurge em 1990 por se comprovar a ineficácia destas últimas neste tipo de epilepsia, considerando o risco versus benefício (Vasconcelos et al., 2004).

No âmbito terapêutico, a cirurgia surge como último recurso no tratamento da epilepsia, ou seja, quando as crises epiléticas não conseguem ser controladas por medicação ou dieta num período de dois anos, correspondendo aproximadamente entre quatro a cinco por cento dos epiléticos, em geral. Nestes casos, a sua rápida identificação é crucial, visto ser mais benéfica se for realizada o mais precocemente possível (Appleton et al., 2000).

Numa fase de preparação para a cirurgia, os epiléticos são submetidos a alguns testes mais específicos como o PET ou o SPECT entre outros que, de acordo com estes últimos autores, servem para tentar verificar no cérebro o ponto ou foco exato onde a epilepsia tem o seu início e se se tratam de áreas passíveis de ser operáveis.

Qualquer que seja a cirurgia, implica riscos para o paciente. No entanto, Appleton et al. (2000) referem que mais de 70 a 75% dos epiléticos que efetuam cirurgia do lobo temporal apresentam uma taxa elevada de sucesso, vendo reduzidas ou eliminadas as suas crises epiléticas.

### **3. ASPETOS SOCIOCULTURAIS DA EPILEPSIA**

Para analisarmos a problemática da epilepsia, é fundamental termos em consideração o contexto sociocultural onde esta se apresenta (Pilard, Brosset & Junod, 1992).

De acordo com o que já se encontra mencionado no subcapítulo um, a perspetiva no âmbito da epilepsia foi sofrendo modificações ao longo dos tempos. O seu estudo começou a efetuar-se sob uma perspetiva sagrada, tendo sido substituída aproximadamente no século XVIII por uma conceção científica. Mais tarde, no século XIX, esta doença ficou associada a problemas do foro mental, sendo considerada pela sociedade como uma patologia perigosa e hereditária. Somente a partir de 1930, devido aos avanços dos meios de diagnóstico, é que a epilepsia ganhou uma conceção neurológica (Pilard, et al., 1992).

Segundo Pilard et al. (1992), a representação antropológica da epilepsia não consegue ainda distanciar-se totalmente da sua concepção mais primária, pois continua a estar aliada a crenças e ao fenómeno sobrenatural. Sobre esse assunto, os mesmos autores citam estudos que revelam que os epiléticos são vítimas de discriminação e rejeição nas mais diversas atividades sociais: no casamento, no emprego, na escola, na condução, entre outras.

A perceção atual da epilepsia tem vindo assim a modificar-se nos mais diversos países tendo em consideração as suas crenças culturais locais (Akhtar & Aziz, 2004). Contudo, o conceito de epilepsia ainda permanece envolto de mitos, superstições e crenças infundadas, assentes no escasso conhecimento que a população possui relativamente a esta doença, bem como nos sintomas por ela apresentados. Deste modo, as atitudes que se têm para com os epiléticos são influenciadas pelo grau de conhecimento que nós, enquanto sociedade, temos acerca da referida doença (Zanini, 2007).

Gomes (2004) considera que a sociedade em que vivemos é competitiva e pouco sensível no que concerne à diferença, provocando diversas alterações psicológicas e relacionais na vida daqueles que apresentam algum tipo de deficiência ou doença, como a epilepsia. Cientes deste preconceito, torna-se imperativo que os epiléticos sejam devidamente monitorizados por forma a sofrer a intervenção imediata de técnicos de saúde mental, se necessário. Neste contexto, e de acordo com o autor, não existe um perfil psicológico ou psicopatológico característico do epilético que o torne numa pessoa com um comportamento agressivo, violento ou potencialmente perigoso.

### **3.1. O estigma na epilepsia**

A epilepsia é uma condição neurológica que não conhece fronteiras sociais ou raciais, afetando pessoas de todas as idades, apesar de se verificar maior incidência nas duas primeiras décadas e em pessoas com mais de 60 anos (Boer, Mula & Sander, 2008).

Atualmente esta doença continua a provocar sofrimento e desconforto naqueles que dela padecem, fruto de alguma desinformação e preconceito que ainda persiste na maioria do pensamento do senso comum, levando à discriminação e consequente segregação e isolamento por desconhecimento da condição (Zanini, 2007; Zanini, Portuguese, Costa, Marroni & Costa, 2008). Tal facto tem vindo a ser constatado nas investigações já efetuadas sobre a temática, as quais revelam que a maioria das pessoas não apresenta os conhecimentos necessários sobre a epilepsia, levando ao preconceito e estigma (Fonseca et al., 2004).

Segundo Boer et al. (2008), durante séculos e em diversas culturas, as pessoas que apresentavam algum tipo de deficiência tornavam-se mais vulneráveis na sociedade onde estavam inseridas, não só devido à doença em si, mas também ao estigma a ela associado. A maioria é vítima de discriminação no local de trabalho, na escola, entre outros contextos, cujos direitos humanos são-lhes muitas vezes violados, como por exemplo: as restrições impostas na obtenção de seguro de saúde ou a constituição de leis que outrora proibiam o casamento com pessoas epiléticas, tal foi o caso dos Estados Unidos da América até 1956. Embora as práticas específicas variem de país para país, as atitudes e os comportamentos estigmatizantes para com os epiléticos são comuns em todo o mundo.

A epilepsia é pois uma condição que acarreta consequências psicossociais, sendo considerada uma das doenças crónicas com maior nível de estigma.

O termo estigma tem origem do latim *stigma* e significa sinal ou marca (Quagliato, 2006). Na Antiguidade Clássica, os gregos utilizaram esse termo quando pretendiam referir-se a algo diferente ou ruim que deveria de ser evitado.

A associação do estigma à epilepsia não é recente, pois remonta aos anos 2000 a.C. Na literatura, este conceito tem vindo a ser aplicado para definir uma característica diferente daquilo que é “normal”, sendo associada a doenças e condições médicas, muitas das quais estão assentes em crenças e mitos que acabam por perpetuar o estigma na sociedade. O termo estigma apresenta então diversas definições, visto o seu estudo ser multidisciplinar, contando com as contribuições de diferentes áreas, tais como: psicologia, sociologia, antropologia, entre outras (Fernandes & Li, 2006).

Segundo Fernandes e Li (2006), o estigma surge frequentemente relacionado com estereótipos negativos ou rejeição que ao longo dos tempos tem vindo a despertar o interesse de muitos pesquisadores.

Assim, no âmbito da neurologia, mais particularmente na epilepsia, o preconceito é grande e muitas vezes é considerado mais stressante e prejudicial do que a própria doença em si. O rótulo de ser “epilético” causa impacto na sociedade, dando origem ao aparecimento de atitudes discriminatórias.

Segundo os mesmos autores, o estigma tem sido considerado um dos mais significativos fatores que influenciam negativamente a vida diária do paciente e da sua família. As pessoas com epilepsia (PCE) admitem que o estigma é, sem dúvida, um dos maiores desafios que eles enfrentam na doença (Austin, Macleod, Dunn, Shen & Perkins, 2004).

Dada a imprevisibilidade das crises, a epilepsia sempre possuiu um caráter místico, dependente de interferências sobrenaturais, sendo conhecida como o “mal sagrado”, levando a perdas significativas no âmbito da saúde, do emprego, das relações sociais e familiares dos que a apresentam.

Quando a epilepsia surge na infância, o estigma é desencadeado já na primeira crise. De acordo com Spangenberg e Lalkhen (2006), o diagnóstico da epilepsia na criança, na maioria das vezes, provoca nos pais diversos sentimentos, muitos deles negativos, levando-os a agir de forma inadequada. De facto, a maneira como “... os pais reagem à epilepsia forma a base de como as crianças vão interpretar a epilepsia e se relacionar com outras pessoas, influenciando a dinâmica familiar e o ajustamento psico-social” (Fernandes & Li, 2006, p. 211). Nesse sentido, a adequada informação e apoio disponibilizados aos pais de uma criança epilética é o primeiro passo para a prevenção do desajustamento psicossocial da mesma na vida adulta (Curral, 1989).

Na opinião de Fernandes e Li (2006), o ingresso na escola pode tornar-se em mais uma dificuldade na vida da criança epilética. O início da vida escolar é especialmente marcante, visto representar o primeiro contacto com as interações sociais, normas e valores, podendo influenciar as relações interpessoais ou até o desempenho académico subsequentes.

Já na fase da adolescência, por ser um período de mudanças, os mesmos autores consideram que a maior dificuldade situa-se ao nível do prognóstico da epilepsia, dado o desejo de independência e de autonomia dos jovens. A epilepsia começa a afetar diferentes áreas: estudos, relacionamentos sociais, possibilidade de conduzir e de tomar bebidas alcoólicas, sexualidade, restrições de lazer, entre outros, abalando a autoestima e a autoconfiança dos adolescentes.

Em adultos, como os epiléticos já adquiriram mais estabilidade no que se refere ao seu estilo de vida, a epilepsia começa a apresentar implicações negativas nas relações sociais e no emprego, gerando conflitos familiares, sociais e económicos que, por sua vez, dá origem a altas taxas de desemprego, baixos índices de casamento, baixa autoestima e fraca Qualidade de Vida (QV).

### **3.2. A Qualidade de Vida (QV) no epilético**

Ao longo dos tempos, a área da saúde tem vindo a atribuir especial relevância ao papel da QV aquando o atendimento aos seus pacientes.

Para o senso comum, QV resume-se a um alto padrão de bem-estar na vida das pessoas no contexto social, económico ou emocional (Almeida, Gutierrez & Marques, 2012).

Diversos sociólogos e psicólogos contemporâneos têm vindo a definir QV como “o conjunto de aspirações ou expectativas em relação à vida e a possibilidade de concretização destas” (Alonso et al., 2010, p.33).

Na ótica de Gomes (2004), QV é um conceito relativo que se prende com um estado de bem-estar físico, mental ou social.

Assim, e na tentativa de compreender melhor este conceito, Fernandes e Li (2006, p.212) citaram, nos seus estudos, a OMS relativamente à definição de QV que é tão somente “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, onde os aspetos físicos, psicossociais e culturais são avaliados. Para Alonso e outros (2010, p.33), QV é “uma percepção subjetiva de felicidade ou satisfação com a vida em termos de esperas de importância para o indivíduo”.

No entanto, importa realçar que este conceito está em processo de definição, ou melhor, de construção, dado o seu carácter imensamente subjetivo e amplo. Não há portanto um conceito único plenamente aceitável (Almeida et al., 2012).

Segundo Zanini, Portuguese e Zavareze (2007; 2008), a epilepsia, quando comparada a outras doenças crónicas como a asma e a diabetes mellitus, produz maior impacto na QV dos seus portadores, tendo ainda o agravante histórico aliado ao estigma religioso. Tal condição dificulta a sua adaptação psicossocial, sendo a área do trabalho a mais afetada pela epilepsia, seguida das áreas da saúde emocional, lazer, relacionamentos sociais, saúde física e académica (Moschetta, 2010).

No que diz respeito aos epiléticos, Gomes (2004) considera que estes são constantemente “agredidos” quer pela própria doença e pela reação que a sociedade manifesta, quer pelo próprio meio familiar, pela medicação, entre outros fatores que interferem com a sua QV.

Falar de QV nas PCE já ultrapassou o carácter recorrente das crises epiléticas, ou seja, ainda que o objetivo primeiro seja o controlo das crises, esta condição não garante a melhoria da QV dos epiléticos (Zanini, 2007). Assim, esta depende da frequência e da intensidade das crises, do seu horário, da integração social e dos impedimentos que as crises podem provocar, dos efeitos dos medicamentos, das expectativas e nível de

exigência que o próprio indivíduo estabelece para si próprio e da censura ou estigma social que a sociedade, na qual se inserem provoca (Gomes, 2004).

Face aos estudos já efetuados sobre a problemática, verificamos que a epilepsia é uma condição clínica que obriga à alteração de hábitos com alto impacto na QV de PCE. Apesar de ser consciente deste facto, Gomes (2004) considera que é fundamental que os epiléticos procurem levar uma vida tão normal quanto possível, tendo direito a conduzir, a praticar desporto, a casar, a constituir família (gravidez), a ter um emprego, em suma, a ter uma vida social como todos aqueles que não apresentam epilepsia, desde que sejam conscientes da sua condição.

A sociedade impõe, no entanto, algumas regras especialmente a estes indivíduos com o intuito de os proteger, bem como à sociedade, promovendo o ajustamento social, que na ótica de Curral (1989) é a reflexão das interações do indivíduo com os outros, do desempenho de diversos papéis sociais. Para que tal seja possível, existem determinados fatores, tais como a comunicação, o domínio, o suporte social e a situação financeira, que contribuem para uma melhor adaptação dos epiléticos (Vieira, 2005).

No que concerne à condução ou à carta de condução, este é um desejo natural, sendo também sinónimo de independência, liberdade, bem-estar geral e integração na sociedade. Em contrapartida, é uma decisão e um passo cívico importante, pois tem implicações para si próprio e para os outros. No caso dos portadores de epilepsia, os médicos assumem um papel preponderante na orientação do paciente, sendo o indivíduo inteiramente responsável pelos seus atos (Guerreiro & Guerreiro, 2004).

Segundo Kutscher (2011), a lei reconhece que a epilepsia aumenta o risco do condutor epilético ter acidentes que, de acordo com Gomes (2004), acontece pelo facto das crises não estarem controladas. Neste âmbito, recentemente houve a introdução de alterações ao Código da Estrada que aprova o Regulamento da Habilitação Legal para Conduzir. A lei exige então que o epilético esteja algum tempo sem apresentar crises, aproximadamente um ano, comprovando desse modo que há um maior controlo sobre as mesmas, independentemente de estarem ou não a tomar DAE's (Decreto-Lei n.º 138/2012 de 5 de julho).

Segundo Guerreiro e Guerreiro (2004), é aconselhável que o epilético realize uma atividade física, atendendo aos benefícios físicos, psicossociais e ao controlo das crises, promovendo deste modo a integração social e o desenvolvimento da personalidade. Contudo, poucas são as PCE que praticam desporto, não só devido à existência de um



maior desgaste físico, mas também por causa do risco aumentado de crises epiléticas durante a prática desportiva.

Na generalidade, os desportos são seguros desde que haja responsabilidade e sensatez. Existem no entanto limitações que se devem ter em consideração, nomeadamente no que diz respeito ao momento em que as crises ocorrem, a sua frequência, intensidade e tipologia, bem como à eficácia do tratamento e dos efeitos secundários da medicação administrada (Gomes, 2004).

Também no campo dos afetos e sentimentos, é pois fundamental que o epilético não oculte a sua doença junto daqueles que lhe são próximos, devendo portanto desmistificá-la, informando-lhes dos procedimentos a adotar perante uma crise epilética (Appleton et al., 2000; Kutscher, 2011).

Na ótica de Pilard et al. (1992), as PCE são vítimas de discriminação, designadamente no casamento, baseando-se num estudo efetuado na Alemanha, o qual revelava que 18% dos pais desaconselhavam os respetivos filhos a casarem-se com uma pessoa que fosse epilética. Tal opinião é corroborada por Appleton et al. (2000) ao referirem-se a alguns estudos clínicos que mostram que as PCE têm uma probabilidade menor de se casarem comparativamente às que não apresentam epilepsia.

Relativamente à gravidez, importa salientar que para uma mãe epilética há um risco maior de anomalias no desenvolvimento do feto de quatro a oito por cento, sendo o risco menor se o epilético no casal for o pai/homem. Assim como a administração das DAE's durante este período que pode apresentar um risco de anomalias no feto de sete a 17%, sendo portanto de evitar a sua toma por forma a evitar malformações (Kutscher, 2011). Para Appleton et al. (2000), a gravidez pode decorrer com normalidade desde que haja supervisão regular e sejam prestados todos os cuidados.

De acordo com outro estudo, desta vez levado a cabo pelas psicólogas Salgado e Souza (2002), verificamos que a área mais afetada pela epilepsia é a do trabalho/emprego, sendo o controlo das crises o fator decisivo na empregabilidade dos pacientes.

Sarmiento e Gomez (2000) afirmam que a epilepsia pode tornar o paciente dependente de terceiros, gerando insegurança e reduzida autoconfiança e autonomia no próprio. Cerca de 80% dos epiléticos estão estáveis na doença e por isso o acesso ao trabalho e à manutenção do emprego depende dos critérios dos empregadores, muitos deles envoltos

em preconceitos. É nesse sentido que Cardoso e Pinto (2011) alertam para o facto das PCE poderem omitir a sua real condição por medo da exclusão social.

Há todavia restrições no que diz respeito às ocupações profissionais de PCE, sendo consideradas desaconselhadas ou inapropriadas aquelas que podem eventualmente colocar em risco a sua própria vida e/ou a dos outros (Kutscher, 2011).

É sabido que as características da doença alteram a personalidade do indivíduo e a forma como este se relaciona consigo próprio e com a sociedade em geral (Sarmiento & Gomez, 2000). No contexto social, as PCE podem frequentar discotecas, ver televisão e utilizar computadores desde que não apresentem fotossensibilidade, fator que poderá potenciar crises epiléticas, tal como o uso de drogas lícitas ou ilícitas (Appleton et al., 2000).

Em suma, a epilepsia é um fator estigmatizante que limita a QV dos epiléticos, provocando um enorme impacto nas suas vidas, principalmente no âmbito psicológico e das relações interpessoais, visto as crises epiléticas serem a marca externa da doença, as quais dificilmente passam despercebidas (Zanini, 2007). Contudo, existem duas maneiras que poderão reduzir o estigma causado pela epilepsia: a primeira diz respeito aos epiléticos que precisam de apoio para combater o negativismo ou os estereótipos através, por exemplo, de iniciativas do governo como campanhas de esclarecimento sobre a doença; a segunda prende-se com a rede de apoio que deve estar ao serviço dos epiléticos para que possam resistir ao estigma por parte da sociedade (Boer et al., 2008).

### **3.3. O impacto da epilepsia na família**

Tendo em consideração os aspetos já abordados relativamente à questão do estigma na epilepsia e ao modo como a doença tem implicações na QV dos indivíduos que a apresentam, verificámos que a epilepsia é uma condição clínica que revela uma conotação negativa junto da sociedade, sendo que o início do preconceito manifesta-se muitas vezes no próprio ambiente familiar, cujos sentimentos vivenciados se prendem com a frustração, apreensão, vergonha e ansiedade que, por sua vez, se traduzem em comportamentos contraditórios, ora de rejeição ora de proteção excessiva (Moreira, 2004; Vieira, 2005).

Segundo Pilard et al. (1992), as crises epiléticas são a marca externa da epilepsia e quando estas acontecem, sobretudo nas sociedades mais tradicionais, há rejeição e até repugnância, culminando por vezes em abandono. As PCE eram ajudadas somente em situação de perigo eminente, caso contrário, eram marginalizadas.

Todos nós somos seres individuais, como tal, todos temos atitudes e diferentes formas de reagir perante as mesmas situações. Nesse sentido, é crucial que, desde o conhecimento do diagnóstico, a família seja devidamente informada, aconselhada e acompanhada no sentido de lidar melhor com a criança epilética, prevenindo um eventual desajuste psicossocial no futuro (Curral, 1989).

Sobre a atitude dos pais, Vieira (2005) referiu um estudo efetuado em 1998 por Souza e colegas que visou identificar os principais sentimentos evidenciados pelos pais das crianças epiléticas, tendo assim concluído que estes últimos, na sua maioria, sentiam: mágoa, culpa, medo, raiva, tristeza, ansiedade, preocupação, negação da própria doença e até rejeição dos filhos. O mesmo estudo reforçou a importância da desmistificação da doença e de tudo aquilo que a envolve.

Como em qualquer outra doença crónica, os pais começam por se sentir culpados ou responsáveis pela epilepsia, ainda que na maioria das situações esta acontece sem razão aparente. Apesar de atualmente já haver uma abertura maior no que diz respeito a esta problemática, continua a ser difícil de aceitar o diagnóstico. Ter um filho que não seja plenamente saudável é sempre um choque (Appleton et al., 2000). De acordo com Hills (2007), quando tal acontece, há um luto que deve ser vivenciado, o qual passa por diversas fases, nomeadamente a do choque inicial que faz aumentar o estado de ansiedade, a da negação, a da culpa que se traduz muitas vezes em atitudes de raiva e depressão, e finalmente a do reconhecimento da doença e da aceitação. Segundo Fernandes e Souza (2001b) estas reações dos pais levam a comportamentos inadequados, tais como: superproteção, permissividade, rejeição e baixas expectativas em relação aos filhos, demonstrando receio de que tudo possa potenciar uma crise epilética.

Os pais precisam assim de tempo para que possam aceitar a nova realidade, para que possam adaptar-se à mesma. No entanto, em determinadas situações, o stress toma elevadas proporções no seio familiar que pode efetivamente culminar em divórcio do casal, abalando a estrutura familiar e até a relação que a própria família tem com a sociedade. Devem pois dar atenção aos restantes elementos da família, designadamente aos irmãos no caso destes existirem (Gomes, 2004), assumindo a responsabilidade que esse papel social lhe confere. Devem igualmente deixar os filhos epiléticos crescer com a maior normalidade possível por forma a tornarem-se adultos independentes e/ou autónomos, contando com o apoio da escola no que se refere à educação dos mesmos. Por sua vez, esta última deverá estar devidamente preparada para responder de forma adequada a

muitas das problemáticas apresentadas pelas crianças, numa escola que se afirma como inclusiva.

## **CAPÍTULO II – A EPILEPSIA NO CONTEXTO EDUCATIVO**

### **1. A CRIANÇA EPILEPTICA E A ESCOLA**

A escola tem um como finalidade base oferecer um ensino de qualidade, garantindo o acesso à educação de todas as crianças sem exceção ou discriminação.

Na perspetiva de Correia (2008a, p.18), educação é “um processo de aprendizagem e de mudança que se opera num aluno através do ensino e de quaisquer outras experiências a que ele é exposto nos ambientes onde interage.”

De acordo com o ponto um do artigo 30 da Convenção dos Direitos da Criança (1990), os estados membros, do qual Portugal integra, reconhecem a todas as crianças o direito à educação, assente no princípio de igualdade de oportunidades. O primeiro objetivo da educação é pois, o de “promover o desenvolvimento da personalidade da Criança, dos seus dons e aptidões mentais e físicos na medida das suas potencialidades” (ponto 1 do artigo 28, Convenção dos Direitos da Criança – UNICEF, 1990).

Outro dos princípios fundamentais no que diz respeito à educação é o de promover a melhoria da qualidade do ensino, tal como consta no Decreto-Lei (DL) n.º3/2008 de 7 de janeiro. Nesse sentido, para se alcançar a referida qualidade é crucial a criação de uma escola democrática e inclusiva, onde todos os alunos possam obter o sucesso educativo, independentemente das suas (in) capacidades, ou seja, de manifestarem ou não NEE.

A escola representa uma forte componente na vida das crianças, pois é o local onde estas passam a maior parte do seu tempo, logo, do seu desenvolvimento, marcando toda a sua experiência enquanto adulto, associada também às atitudes demonstradas pelos educadores/professores, que assumem uma enorme influência ao longo da sua vida. Cabe então a estes o papel da inserção social, física e académica das crianças com NEE na classe do ensino regular, sensibilizando todos os alunos para a diferença (Correia, 2008b).

Neste contexto, no presente ponto pretendemos não só compreender o impacto que a epilepsia provoca em crianças e/ou jovens e as repercussões no que se refere à sua aprendizagem, mas também enquadrar esta problemática no âmbito do DL n.º3/2008 de 7 de janeiro, que regulamenta a educação especial, através de uma abordagem histórica sobre a mesma.

## 1.1 Epilepsia e a aprendizagem

Desde sempre existiu muita polémica em torno da problemática da epilepsia. Ainda hoje esta doença é vista sob o olhar do preconceito e do estigma, dando origem a atitudes sociais menos positivas que, segundo Kankirawatana (1999), se encontram baseadas em crenças erróneas e que muitas vezes exercem um impacto nas PCE mais devastador que a própria doença. Salgado e colegas (2005) estão convictos de que a estigmatização é, sem dúvida, o problema psicossocial mais comum nas PCE por desconhecimento da população em geral.

Nas décadas de 70 e 80, começaram a surgir os primeiros registos na literatura de sinais e sintomas de transtornos mentais associados à epilepsia (Castro, Ferreira & Goulart, 2008). Desde então, os profissionais de saúde começaram a preocupar-se não só em diagnosticar a epilepsia, mas também com a QV das PCE.

Com a média esperança de vida a aumentar é cada vez mais comum surgirem outras patologias aliadas às doenças crónicas (Gomes, 2008). Desse modo, e para além do controle das crises, deve-se fazer o diagnóstico e consequentemente, o tratamento mais adequado das comorbidades psiquiátricas que muitas vezes passam despercebidas (Filho, Costa & Gomes, 2006), quer à família quer aos profissionais da educação e até da saúde.

Na ótica de Gomes (2008, p. 163), o termo comorbidade pode ser definido como “uma condição médica em um paciente que causa, é causada por, ou é relacionado ou simplesmente coexiste à condição índice” ou tão simplesmente, como a presença de duas ou mais doenças diagnosticadas numa mesma pessoa (OMS, 2002; Smirnow, 2007; Thurman et al., 2011). Sobre este assunto as opiniões divergem, pois há quem defenda que os transtornos ou psicopatologias nas PCE ocorrem em comorbidade à epilepsia e/ou que são uma consequência da própria doença (Filho, Rosa & Yacubian, 2008), podendo melhorar através do controle das crises epiléticas.

Na generalidade, aproximadamente 40 a 50 % das PCE manifestam alguns problemas comportamentais e/ou psicopatologias, nomeadamente psicoses, histeria, ansiedade e depressão, fruto também das atitudes evidenciadas pela sociedade, inclusive da própria família (Curral, 1989), sendo as duas últimas as mais comuns entre crianças/jovens e adultos, visto existirem outras mais específicas da infância (autismo, PHDA...) dada a fase de desenvolvimento do Sistema Nervoso Central.

Segundo dados fornecidos pela OMS, depois da depressão, a epilepsia é a segunda causa mais frequente nas consultas de neuropsiquiatria (Valente, Souza, Kuczynski & Negrão, 2004). Num estudo desenvolvido por Filho et al. (2008), onde foram avaliados e

comparados os resultados obtidos entre PCE e a população em geral, constatou-se que as PCE apresentam maior probabilidade de manifestar transtornos psiquiátricos comparativamente à população em geral, sendo os transtornos do humor (depressivos) os que mais prevaleciam nesses indivíduos, havendo portanto uma associação entre epilepsia e os transtornos psiquiátricos (**Quadro 3**).

**Quadro 3.** Prevalência dos transtornos psiquiátricos na epilepsia e na população geral. Adaptado de Filho, Rosa e Yacubian (2008, p. 120).

Transtorno psiquiátrico	Pessoas com epilepsia	População geral
Transtornos do humor (depressivos)	24-74%	3,3% Distímia 5-17% Depressão maior
Transtornos de ansiedade	10-25%	5-7% TAG (transtorno de ansiedade generalizada) 1-4% Transtorno do pânico
Psicoses	2-9%	0,7-1% Esquizofrenia
Déficit de atenção com hiperatividade	12-37%	4-12%

De um modo geral, as PCE são “multi-agredidas” como refere Gomes (2004, p.224), pois são estigmatizadas, discriminadas e agredidas pela doença em si, pela sociedade, pelos efeitos secundários das DAE's, pelas atitudes que as pessoas mais próximas adotam, pelas restrições inerentes à epilepsia e inclusive por elas próprias, num ato de desespero. As alterações psicológicas que se desencadeiam podem ocorrer pelos motivos anteriores de forma isolada ou concomitantemente, refletindo-se na personalidade desses indivíduos.

Em conformidade com o capítulo I da presente investigação, a maior taxa de incidência da epilepsia recai sobre a infância, estando portanto as crianças mais vulneráveis à referida doença que os adultos. Por esta razão, surgem alterações psicológicas que muitas vezes se devem sobretudo à estrutura da própria criança e da família (Castro et al., 2008) e não tanto à epilepsia.

Segundo o que constatámos anteriormente quando uma família é confrontada com o diagnóstico de epilepsia geralmente surge uma diversidade de sentimentos, tais como: choque, negação da condição, medo perante a nova realidade, culpa, preocupação com o preconceito da sociedade, vergonha, entre outros, que podem afetar a coesão familiar, bem como a relação entre a família e a sociedade, impedindo as crianças de serem educadas de forma equilibrada dado o ambiente de forte ansiedade a que são expostas (Gameiro, 1989; Hills, 2007). A família sofre no seu dia a dia com as limitações inerentes à epilepsia (Guimarães, Souza, Montenegro, Cendes & Guerreiro, 2003), cujos sentimentos se traduzem muitas vezes em comportamentos inadequados de superproteção, permissividade, dependência, rejeição e baixas expectativas, tornando as

crianças em indivíduos medrosos, inseguros, dependentes, imaturos, hostis e manipuladores (Fernandes & Souza, 2001a, 2001b).

Na opinião de Appleton et al. (2000), as crianças com epilepsia têm de ser conhecedoras da sua condição e responsáveis face à mesma desde muito cedo por forma a evitar um desajustamento psicossocial enquanto adulta. Torna-se então imperioso que exista um procedimento educativo logo após a tomada de conhecimento do diagnóstico, que vise melhorar o nível de informação e consequentemente a interação pais/filhos, através da troca de experiências e vivências entre as pessoas que vivem situações similares, da interação entre pacientes e profissionais de saúde (Fernandes & Souza, 2001a).

Segundo Dunn (2003), estudos efetuados sobre o impacto psicossocial da epilepsia infantil têm demonstrado que existe uma relação entre problemas emocionais e comportamentais e a referida doença. Desse modo, os problemas comportamentais que mais se verificam em crianças com epilepsia são: labilidade de humor, hiperatividade, irritabilidade, dificuldades de atenção e agressividade, dificuldade seletiva a matemática, autismo, indisciplina, impulsividade, psicoses e distúrbios do sono, que reduzem substancialmente a sua QV, limitando o seu desenvolvimento cognitivo-afetivo normal.

No capítulo anterior ficou patente o enorme impacto que esta problemática pode causar na vida das PCE nos diversos contextos das suas vidas, nomeadamente na escola. Pilard, et al. (1992) referem que 21 a 69 % das crianças com epilepsia têm dificuldade em prosseguir os seus estudos no ensino regular. Todavia, Gomes (2004) e Guilhoto, Fernandes, Pacheco, Ballester e Gilio (2009) entendem que não há motivo para que as crianças epiléticas não tenham um aproveitamento académico adequado, pois a epilepsia não leva inevitavelmente à perda de capacidades cognitivas, aliás a maioria delas apresenta níveis de Quociente de Inteligência (QI) considerados normais.

Importa todavia ressaltar que há síndromes/crises epiléticas que são curáveis, independentemente de ter havido ou não recurso à medicação, mas as deficiências que a elas se encontram associadas, designadamente dificuldades de aprendizagem, dificuldades visuais e défices motores, permanecem, por isso, a probabilidade de cura é maior quantos menos problemas neurológicos as PCE manifestarem (Gomes, 2004).

É certo que a idade do início das crises, a frequência das mesmas, a etiologia, o tipo de epilepsia e o tratamento com as DAE's são fatores que podem comprometer o desempenho escolar das crianças epiléticas, devido aos seus efeitos que se refletem no comportamento e nas funções cognitivas, nomeadamente na capacidade de atenção, memória e linguagem



(Vieira, 2005; Ferreira, Toschi & Sousa, 2006), interferindo posteriormente no processo de aprendizagem.

Mulas, Hernández, Mattos, Abad-Mas e Etchepareborda (2006) veem a infância como a fase excelente para reconhecer os problemas associados à epilepsia, principalmente ao nível do comportamento e da aprendizagem, representando portanto um grupo de risco que merece cuidados por parte da família, dos educadores/professores e dos profissionais de saúde. Dada a prevalência desses problemas, e embora as PCE possam ter um desempenho normal, Valente et al. (2004) consideram que a epilepsia pode ser uma doença incapacitante. Sobre este assunto, Souza (1999) possui uma perspectiva mais otimista no que diz respeito a essa associação, pois entende que muitas crianças epiléticas revelam poucas dificuldades no seu desenvolvimento social e cognitivo, contrariamente aos registos que surgem na literatura, decorrentes muitas vezes dos efeitos adversos produzidos pelas DAE's.

## **1.2 A epilepsia e o seu enquadramento na educação especial**

Ao longo da história da humanidade tem-se verificado que as sociedades não lidam muito bem com a deficiência, que se encontra envolta de mitos, superstições e crenças. Através da breve abordagem histórica da epilepsia, que se encontra descrita no ponto um do capítulo anterior, podemos comprovar que a população ainda hoje não compreende nem aceita a diferença.

Relativamente à evolução histórica da educação especial, Silva (2009) refere que esta desde sempre se fez acompanhar por diferentes concepções e práticas.

Segundo dados da autora, na Idade Média a deficiência era vista como um fenómeno sobrenatural, associada a aspetos relativos à religião e ao divino que culminavam em perseguições e execuções dos que a apresentavam.

Nos séculos XIX e XX, movidos por sentimentos piedosos, vários nobres e clérigos criaram asilos com o intuito de acolher todos aqueles que apresentavam alguma deficiência e/ou que eram marginalizados. Estes indivíduos eram afastados dos familiares, bem como de toda a sociedade por poderem representar risco para a mesma.

Após o Renascimento, a concepção da pessoa com deficiência começou a alterar-se, graças às diversas investigações e estudos nesse âmbito, fazendo com que a institucionalização deixasse de ser apenas assistencial. Durante esse período, fundaram-se instituições para surdos, cegos e pessoas com deficiência mental e surgiram livros na tentativa de compreender melhor a deficiência. Contudo, e apesar de haver uma ligeira mudança na

abordagem, permanecia ainda o princípio da segregação ao colocar as crianças e jovens com deficiência em classes e/ou escolas especiais.

As transformações sociais do pós-guerra e a Declaração dos Direitos da Criança e dos Direitos do Homem foram, no parecer da referida autora, o ponto de partida para a alteração de paradigma no contexto da educação especial, afastando-se da ideia de segregação e aproximando-se de uma nova fase – a da integração. O processo ensino/aprendizagem passou então a ser efetuado em ambientes o menos restritivos possível, sendo a integração feita apenas para as crianças cujas deficiências lhes permitiam adaptar-se à classe/turma. Este novo modelo exigia a adaptação dos alunos ao sistema escolar e não o inverso.

Referiu também que, na segunda metade do século XX, mais concretamente na década de 70, os professores começaram a defender os direitos das crianças com deficiência, salvaguardando os mesmos através de legislação específica com base no princípio de “normalização”, que defendia que a educação dessas crianças era realizada simultaneamente em instituições e também no ensino regular.

Posteriormente, em 1978, surge o *Warnok Report Special Education Needs*, ou seja, o célebre Relatório Warnock que veio a ser legislado apenas em 1981 pela *Education Act*. Através desse relatório, a autora, Mary Warnock, enfatizava a urgência de uma mudança de paradigma não tão centrado no contexto médico-psicológico, mas sim no contexto educativo (Izquierdo, 2006),

Warnock foi a mentora do termo NEE que surge em substituição da palavra “deficiência” que entretanto deixa de ser aplicada. Passam a ser integradas neste conceito todas as crianças/jovens que “por exibirem determinadas condições específicas, podem necessitar de apoio de serviços de educação especial durante todo ou parte do seu percurso escolar, de forma a facilitar o seu desenvolvimento académico, pessoal e socioemocional” (Correia, p. 18, 2008a).

O referido modelo de integração escolar de crianças/jovens com NEE apresentou duas fases de intervenção: uma centrada no aluno e a outra centrada na escola. Inicialmente estes alunos estavam integrados em classes de ensino regular, todavia, o apoio que recebiam de professores especializados, psicólogos e terapeutas era efetuado em salas à parte para não perturbar as turmas do ensino regular. Mais tarde, em 1981, esses mesmos alunos começaram a ter uma participação mais ativa na sociedade e a integração passou, a partir desse momento, a centrar-se mais na escola. Foi graças à mudança no modo de olhar para estas crianças que as mesmas passaram a ser encaradas como seres

individuais com características e necessidades próprias. Contrariamente à primeira forma de atuação, o professor do ensino regular detinha nesta fase um papel de maior relevância em comparação ao professor especializado, que era visto mais como um recurso escolar (Silva, 2009).

Também no contexto educativo português se fizeram sentir alterações decorrentes do processo de integração, sobretudo depois da entrada de Portugal na União Europeia em 1986, da publicação da Lei de Bases do Sistema Educativo a 14 de agosto de 1986 e do DL n.º319/91 de 23 de agosto (Silva, 2009). Foi este último que, segundo Izquierdo (2006), possibilitou a regulamentação da educação especial, outrora ensino especial, e que estabeleceu pela primeira vez um conjunto de medidas que o professor poderia adotar no caso de ter um aluno com NEE na sala de aula, tais como: equipamentos especiais de compensação, adaptações materiais, adaptações curriculares, condições especiais de matrícula, condições especiais de frequência, condições especiais de avaliação, adequação na organização de classes ou turmas, apoio pedagógico acrescido ou ensino especial (ponto 2 do art.º2 do DL n.º319/91 de 23 de agosto).

De referir que as medidas acima transcritas tinham de constar num Plano Educativo Individual ou, em casos de maior gravidade, as crianças/jovens com NEE eram encaminhadas para a educação especial. Já neste período a integração de qualquer criança numa instituição de educação especial era a medida utilizada apenas como último recurso (Silva, 2009).

Ao longo da década de 80 as organizações internacionais, como a Organização das Nações Unidas e a UNESCO, tomaram diversas decisões e medidas que serviram de base para a grande mudança na história da educação especial. Foi somente a partir de 1994 que o modelo da inclusão atingiu o seu exponencial máximo graças à Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade que decorreu em Salamanca. Desta conferência resultou uma declaração denominada por Declaração de Salamanca onde todos os presentes assinaram um compromisso a favor de uma “Educação para Todos”.

O modelo de inclusão tinha então como objetivo adaptar o sistema educativo às reais necessidades e características dos alunos com NEE, atuando em conformidade com o ponto sete da Declaração de Salamanca, onde se encontra mencionado que o “princípio fundamental das escolas inclusivas consiste em todos os alunos aprenderem juntos sempre que possível, independentemente das dificuldades e das diferenças que apresentem”, valorizando as suas potencialidades e capacidades (UNESCO, 1994 p.11).

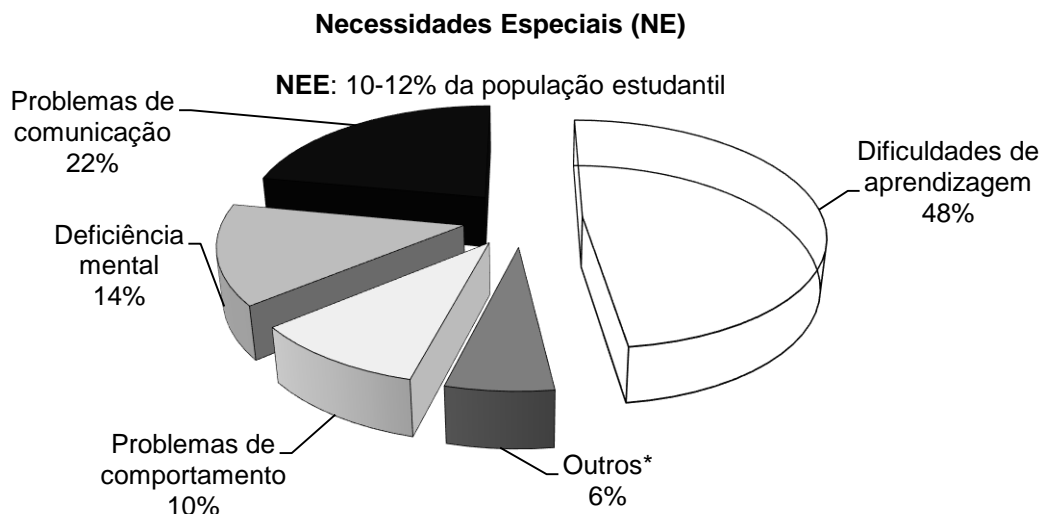
A nova concepção de escola, designada por Correia (2008a) de Escola Contemporânea, conduziu a alterações na legislação que até então regulamentava a educação especial em Portugal, nomeadamente o DL n.º 319/91, sendo substituído pelo DL n.º 3/2008 de 7 de janeiro. Segundo Alves (2012), as principais alterações incidiram nos processos de referenciação, na avaliação e elegibilidade dos alunos com NEE.

As crianças/jovens com NEE podem então beneficiar de adequações no processo de ensino e de aprendizagem através da aplicação das medidas educativas constantes no artigo 16 do atual DL relativo à educação especial: Apoio pedagógico personalizado (artigo 17), Adequações curriculares individuais (artigo 18), Adequações no processo de matrícula (artigo 19), Adequações no processo de avaliação (artigo 20), Currículo específico individual (artigo 21) e Tecnologias de apoio (artigo 22).

Mas afinal, em que é que consiste a educação especial? O que tem assim de tão especial? Segundo Correia (2008a, p. 19), educação especial é “um conjunto de recursos que a escola e as famílias devem ter ao seu dispor para poderem responder mais eficazmente às necessidades de um aluno com NEES”, tendo em vista a maximização das suas potencialidades e assim poder alcançar o sucesso educativo como qualquer outro.

Para o mesmo autor (2008a, p. 22), qualquer criança/jovem pode integrar a educação especial ao longo do seu percurso escolar por manifestar Necessidades Especiais (NE) que definiu como sendo “um conjunto de factores, de risco ou de ordem intelectual, emocional e física, que podem afectar a capacidade de um aluno em atingir o seu potencial máximo no que concerne à aprendizagem académica e socioemocional”.

Correia (2010) faz ainda alusão a outras crianças que a partir de 1990, e embora não apresentassem nenhuma deficiência, começaram a ser igualmente merecedoras de uma atenção especial por parte das escolas, referindo-se àquelas que manifestavam outro tipo de problemas. Nesse contexto, o autor (2008a) dividiu as NE em três categorias: risco educacional, NEE e sobredotação, acabando por integrar a problemática da epilepsia numa subcategoria das NEE, designada por “outros problemas de saúde” que podem vir a limitar a vitalidade ou a atenção da criança e interferir desse modo com a sua realização escolar, necessitando por isso de cuidados especiais (**Figura 1**).



Outros*			
Multideficiência	1,95%	Deficiência visual	0,50%
Deficiência auditiva	1,30%	Autismo	0,12%
Problemas motores	1,10%	Cegos-surdos	0,02%
<b>Outros prob. Saúde</b>	1,00%	Traumatismo craniano	0,01%

**Sobredotação:** cerca de 5 a 12%

**Risco educacional:** cerca de 10 a 20%

**Figura 1.** Prevalências de alunos com NEE, em risco educacional e sobredotados. Adaptado de Correia (2008a, p.55).

É nesse sentido que o professor assume um papel crucial na vida das crianças, principalmente se estas apresentarem NEE. No que concerne à problemática da epilepsia, o professor deve ser informado pela família que a criança apresenta epilepsia, e ser conhecedor que esta pode apresentar dificuldades devido à doença de base; às comorbidades a que lhe estão associadas que no entender de Jones e colegas (2007) são uma importante complicação crónica; ao uso de DAE's para tratamento que muitas vezes causa sonolência; à etiologia das crises, visto haver crises noturnas que depois podem interferir com o sono e/ou crises de ausência que são confundidas com desatenção; ao absentismo escolar por crises frequentes e/ou internamentos e aos efeitos psicológicos e sociais produzidos pela própria condição (Gomes, 2004; Guerrero, Infante & Palacios-Espinosa, 2008), nomeadamente ansiedade e baixa autoestima.

Importa realçar que não é pelo facto de uma criança ter epilepsia que a mesma deve ser abrangida de imediato pela educação especial, pois esta problemática não é assim tão

limitadora. Aliás, a maior parte das crianças e adolescentes epiléticos revela níveis intelectuais e neurológicos normais (Herranz, 2003; Moriez, 2003). Na opinião de Ross, Peckham, West e Butler (1980) a criança epilética só deve beneficiar de uma educação especializada se se apresentar défice cognitivo e não pela epilepsia em si. Contudo, a presença de crenças e de estigmas a ela associados, bem como a falta de conhecimentos básicos sobre a mesma faz com que se comece a centrar mais nas dificuldades escolares e como tal o seu reencaminhamento para educação especial surge como a melhor resposta (Roriz, 2009).

O educador/professor deverá pois estar atento ao desempenho académico da criança epilética e, perante uma situação de insucesso ou de atraso na exploração e sociabilidade, no caso do ensino pré-escolar (Shigematsu, 2007), referenciá-la para que esta possa ser avaliada por uma equipa multidisciplinar e, se assim se justificar, beneficiar de diversos apoios especializados, bem como das medidas educativas no âmbito da educação especial que melhor se adequam às suas necessidades.

## **2. ATITUDES, CONHECIMENTOS E PERCEÇÕES DOS EDUCADORES / PROFESSORES FACE À EPILEPSIA**

Pelo que se encontra descrito no capítulo anterior, a família possui um papel fundamental no desenvolvimento da criança e na sua integração no contexto social. A par desta também o educador/professor assume uma figura central nesse processo como mediador entre a escola e a comunidade, devendo valorizar o carácter singular de cada uma das crianças, principalmente se estas apresentarem NEE, respeitando assim o seu ritmo e as suas características pessoais (Silva, 2009).

É nessa perspetiva de inclusão que Correia (2008b) alerta para o facto de haver professores do ensino regular que ainda não aceitam plenamente a ideia de inserção destas crianças nas classes regulares, nem se sentem preparados para lidar com as necessidades que as mesmas manifestam. O autor é da opinião que a colocação de alunos com NEE, principalmente as de carácter severo, na classe de ensino regular pode interferir e inclusive comprometer o sucesso escolar dos restantes alunos da turma, pois o educador/professor necessitará de despende mais tempo aos alunos com NEE comparativamente aos outros.

Relativamente à problemática da epilepsia, denota-se ainda falta de informação no que concerne aos conhecimentos que os professores têm sobre a doença, mais precisamente sobre crianças com epilepsia. Para Fernandes et al. (2007) apenas se podem adotar

medidas para melhorar a presença destas crianças na escola se se conhecer os comportamentos e as ideias que os educadores/professores possuem acerca desta doença.

Diversas investigações foram então encetadas com o objetivo de avaliar o conhecimento, a atitude e a percepção que os educadores/professores têm sobre a epilepsia, na tentativa de melhor compreender a sua perspetiva. Fernandes e Souza (2004) acreditam que só a partir desse conhecimento é que se poderão criar condições favoráveis em todos os aspetos da vida das PCE por forma a gerar mudança nas atitudes relativamente à epilepsia.

Kankirawatana (1999) desenvolveu uma investigação na Tailândia no sentido de avaliar as atitudes dos professores face à epilepsia, tendo verificado que a maioria encontrava-se familiarizada com a doença apesar de 46,6% a ter considerado incurável; que as crianças manifestavam mais problemas mentais (29,9%) e que era uma patologia contagiosa (2,8%). Os professores também revelaram algum receio de ter alunos com epilepsia na sala de aula, sendo da opinião que aqueles deveriam ser colocados em salas próprias/especiais. Relativamente às medidas de primeiros socorros a aplicar aquando uma crise epilética, 86,4% dos sujeitos admitiram que as desconheciam, demonstrando inclusive algumas ideias erradas no que concerne a este tema, designadamente: colocar uma colher na boca do epilético (73%), segurar o epilético (30,2%), entre outras.

Dantas, Cariri, Cariri e Filho (2001) desenvolveram um estudo semelhante no Brasil para verificarem também os conhecimentos e as atitudes dos professores de vários níveis de ensino no que diz respeito à epilepsia, tendo concluído que as atitudes por eles demonstradas são influenciadas pelo grau de conhecimento que os mesmos possuem sobre a condição. Os autores verificaram igualmente que a maioria dos docentes conhece alguém com epilepsia, mas há ainda uma minoria que pensa que esta é uma doença contagiosa e que as crianças epiléticas deveriam ser colocadas em turmas especiais. Relativamente aos procedimentos a adotar perante uma crise epilética, apenas 43% dos professores tinha conhecimentos sobre esse assunto. Nesse sentido, os autores constataram que, de um modo geral, os docentes não possuem formação adequada por forma a atuar convenientemente nesta situação, reforçando a ideia de que faltam programas com o intuito de reduzir os mitos e medos apresentados pelos professores.

O estudo efetuado por Fernandes e Souza (2004), com o objetivo de averiguar a percepção do estigma da epilepsia em professores do Brasil, veio demonstrar que, apesar destes ainda acreditarem em algumas crenças nomeadamente da criança engolir e/ou enrolar a língua durante uma crise epilética, de vir a desenvolver uma doença do foro mental ou de ser uma doença contagiosa, a maioria dos docentes considerou que o seu conhecimento

sobre epilepsia é regular ou suficiente (64.9%), que as crianças epiléticas devem frequentar a escola comum (96,8%) e que a sua participação em atividades físicas e desportivas deve ser limitada (46%). Perante uma crise epilética, 66,5% dos professores inquiridos revelaram preocupação, 11%, pena/dó, 9,3% medo, entre outros sentimentos, apontando alguns procedimentos como os mais adequados, designadamente: o proteger a cabeça do epilético, o permanecer junto dele, o desenrolar a língua e o restringir movimentos. No que diz respeito a este assunto, as autoras entendem que a falta de contacto com PCE pode levar à idealização do modo de atuar ou lidar com as mesmas. Do ponto de vista educativo, e tendo em consideração que se tratava de uma classe social instruída, os docentes apresentaram uma atitude adequada e esperada face à epilepsia.

Tiamkao et al. (2005) reconhecem a escola como o segundo ambiente de socialização mais importante para uma criança depois da família. Como tal, decidiram criar um programa de educação para a epilepsia dirigido a professores em Khon Kaen na Tailândia. Após o questionário, comprovaram que a maioria dos docentes era incapaz de identificar uma crise epilética e que não se sentiam capacitados para lidar com esta doença em contexto de sala de aula. 77 a 79% dos inquiridos achava que a condução e o manuseamento de máquinas deveria ser proibido às PCE e que esta condição de saúde afetaria o casamento, a sexualidade e a gravidez saudável (25%). No que se refere às medidas a adotar perante uma crise epilética, 64% confessou que colocaria um objeto na boca do epilético para evitar que este engolissem a língua, 16% daria DAE's durante a crise e 26,5% limitaria os movimentos aquando a convulsão.

Bishop e Boag (2006) consideram que os conhecimentos e atitudes dos professores podem influenciar enormemente o rendimento escolar, assim como também o desenvolvimento social e mais tarde, a procura de emprego e as competências sociais. Nesse sentido, realizaram um estudo nos Estados Unidos da América (EUA) para analisar as atitudes e o conhecimento dos professores no que diz respeito à epilepsia. Finda a investigação, concluíram que aproximadamente 70% dos professores detinha pouco ou nenhum conhecimento sobre as circunstâncias de vida das PCE, sentindo-se por isso pouco confiantes para responder eficazmente às crises; que as variáveis «género» e «grau académico» não pareceram influenciar o grau de conhecimento dos professores, contrariamente às variáveis «idade» e «anos de serviço», sendo portanto o conhecimento dos professores maior quanto mais anos de idade e de serviço tiverem, e que mais de metade dos docentes avaliou o seu contacto com PCE como pouco frequente. Relativamente às atitudes, e embora os participantes manifestassem atitudes positivas para com PCE, constataram que a escala maior das atitudes era mais significativa no



gênero feminino. Nesta investigação, os professores consideraram que as PCE beneficiar de mais apoios sociais dada a elevada propensão para acidentes e que deveria haver restrições na condução.

Num estudo similar, desenvolvido pela Assistência à Saúde de Pacientes com Epilepsia, no Brasil, cuja intenção foi avaliar o conhecimento, a atitude e a percepção dos educadores/professores relativamente à epilepsia e comparar os resultados obtidos antes e após a realização de um curso educacional no sentido de compreender a epilepsia, Fernandes et al. (2007) constataram que antes do curso apenas 43% dos professores conheciam razoavelmente a epilepsia, valor esse que aumentou para 75% após o curso, significando que os docentes passaram a compreender melhor a doença. Dado o sucesso do curso educacional, 95% dos professores demonstraram desejo em adquirir mais conhecimentos sobre epilepsia, atribuindo ao governo o dever de atuar mais ativamente face a esta problemática.

Pelo que se pode constatar, a epilepsia produz um enorme impacto na QV das PCE, contudo, Fernandes, Salgado, Noronha, Sander e Li (2007) consideram que até ao ano de 2007 a QV era um tema pouco estudado, principalmente nos países em desenvolvimento. Aliás, no parecer dos referidos autores, atualmente utiliza-se muito o termo estigma, mas a sua definição e quantificação/medição é algo complexo. Nesse sentido, decidiram criar um instrumento que fosse capaz de medir o estigma, tendo por isso desenvolvido uma Escala de Estigma da Epilpsia ou Stigma Scale of Epilepsy (SSE) com base em questionários efetuados junto de PCE e de outras pessoas sem epilepsia, selecionadas ao acaso. Após o estudo, verificaram que, no geral, as pessoas têm algum conhecimento sobre a doença, ainda que este seja diminuto e que não ficariam amedrontadas, mas sim assustadas e tristes diante de uma crise epilética. No que se refere aos sentimentos que eventualmente as PCE demonstram prendem-se com incapacidade, medo, vergonha, preocupação, dependência e depressão/tristeza, os quais se refletem no seu quotidiano, traduzindo-se em dificuldades relativas ao emprego, às questões emocionais, à escola, ao relacionamento familiar e ao preconceito. Sobre este assunto, consideram ainda que os ambientes onde as PCE sentem mais o efeito do estigma são: na convivência social, no trabalho, na escola e não tanto no casamento e no seio familiar.

Segundo Thacker, Verma, Ji, Thacker e Mishrap (2008), o professor desempenha um papel importante no desenvolvimento das atitudes relativamente à saúde, sobretudo no que diz respeito à epilepsia, sendo que as atitudes e os conhecimentos dos professores sobre esta temática refletem os problemas sociais que permanecem enraizados à mesma. Os referidos autores encetaram uma investigação na Índia onde foi possível verificar que:

12,1% dos docentes não vê inconveniente em ter alunos epiléticos na sala de aula; 20,8% concorda com a integração de alunos em salas especiais; 5,5% ainda associa a epilepsia a uma causa sobrenatural; 97% já ouvira falar de epilepsia; 83,1% nunca lecionou a alunos com epilepsia; 84,5% não a considera contagiosa; 47,7% acredita que as PCE têm um QI normal e 57,3% reconhece que não sabe quais as melhores regras de primeiros socorros a aplicar, das quais 40,4% afirma que colocaria uma colher na boca de um epilético e 44,7% chamaria de imediato o médico.

Zanini, Cruz e Zavareze (2011) consideram que a epilepsia é uma doença crónica com repercussões psicológicas, físicas, sociais e neuropsicológicas, cabendo ao professor a função de mediador e transmissor de conhecimentos acerca desta problemática por forma a diminuir o estigma a que ainda se assiste. Nesse sentido, realizaram um estudo em Santa Catarina, no Brasil, para investigar a percepção e os conhecimentos que os professores têm sobre a epilepsia. Após o questionário aplicado, tiveram a noção de que a maioria dos docentes tem um conhecimento regular ou até insuficiente no que diz respeito à epilepsia, tendo demonstrado concordância com a integração das crianças epiléticas nas escolas do ensino regular.

Mesmo nos países desenvolvidos há um défice no conhecimento da epilepsia, no impacto que a mesma produz em crianças/adolescentes em ambiente escolar e nos procedimentos a adotar face às crises epiléticas (Akhtar et al., 2012). Conscientes da influência que as atitudes dos professores têm na aprendizagem das crianças, Akhtar et al. (2012) efetuaram uma investigação em Karachi, no Paquistão, com o intuito de avaliar os conhecimentos, as atitudes e os procedimentos dos professores para posteriormente criarem um programa de consciencialização da epilepsia, a partir das informações recolhidas. Perante os resultados obtidos, constataram que a maioria dos professores estava familiarizada com a epilepsia e que 29% até já tinha conhecido alguém com a referida doença. 13,6 % acreditava que era uma doença hereditária; 2,7% achava mesmo que era contagiosa, e 13,6% desconhecia quais os procedimentos a adotar diante de uma crise epilética. Relativamente às atitudes, verificaram que 75,6% concorda que as crianças epiléticas estudem em escolas do ensino regular, sendo que 5,4% dos sujeitos mostrou aceitar a integração destas crianças em escolas do ensino regular, mas esta teria de ser efetuada em sala à parte. Os autores concluíram assim que o nível de conhecimentos que os professores de Karachi possuíam não dependia da idade, género e grau académico e que a presença do estigma nesta região é ainda muito forte.

Lunardi (2012), num estudo semelhante ao de Fernandes et al. (2007), utilizou a SSE na tentativa de averiguar a existência ou não de estigma no que se refere à epilepsia, tendo

como público-alvo alguns elementos da comunidade educativa, nomeadamente professores, administrativos, psicólogos e bibliotecários, efetuando uma análise comparativa das respostas dadas antes e após um curso de sensibilização para a epilepsia. Numa fase inicial, constatou que 53,3% dos inquiridos não conhecia ninguém com a referida doença; que, perante uma crise epilética, sentir-se iam essencialmente assustadas (75,8%) e tristes (61,6%); que as maiores dificuldades vividas pelas PCE, na sua opinião, são essencialmente ao nível do preconceito sentido, do ambiente familiar, do emprego e das relações de amizade, e que as PCE se deverão sentir preocupadas, dependentes, amedrontadas, envergonhadas e tristes. Após o curso ministrado, a autora concluiu que o conhecimento dos inquiridos aumentou, sendo portanto urgente a criação de um curso para que o estigma associado a esta doença diminua.

De acordo com o estudo desenvolvido por Akpan, Ikpeme e Utuk (2013) na Nigéria, existem crenças que devem ser desmistificadas o mais rapidamente possível, pois continua a acreditar-se na ideia de que as crises epiléticas são contagiosas, o que poderá colocar a criança epilética em risco não prestando o auxílio devido por medo de contágio. No que diz respeito ao papel da escola no âmbito da educação para a saúde, os autores partilham da mesma opinião que Tacker et al. (2008) ao afirmarem que os professores são transmissores de atitudes e conhecimentos face às doenças, visto as crianças passarem muito do seu tempo na escola a socializar e a interagir. No estudo que efetuaram na Akwa Ibom State, no sul da Nigéria, para averiguar a influência das zonas urbana e citadina no conhecimento e atitudes dos professores relativamente à epilepsia, verificaram entre os professores que existe um conhecimento muito fraco sobre a epilepsia, tendo os mesmos demonstrado atitudes negativas face à mesma.

A corroborar o estudo anterior, surge a investigação realizada por Mustapha, Odu e Akande (2013) a sudoeste da Nigéria, mais concretamente em Osogbo, para analisar os conhecimentos, as atitudes e perceções dos professores face a esta problemática, tendo verificado que estes não possuem conhecimentos suficientes no que se refere às condições de vida das PCE com as quais 88% refere não ter contacto. De todas as doenças crónicas, os inquiridos demonstraram menos familiaridade com a epilepsia, todavia, a maioria não a considera uma doença contagiosa, concordando com a integração das crianças epiléticas nas escolas de ensino regular. Importa referir que aproximadamente metade dos inquiridos ainda associa a epilepsia a uma doença do foro mental.

Gomes (2004, p. 218) é da opinião que “professores mal esclarecidos quanto à natureza das epilepsias poderão ter tendência a ser pessimistas, a não gostar de ter na classe crianças com epilepsia...”, dando lugar a atitudes discriminatórias. Nesse sentido, todos os

funcionários da escola e professores devem estar informados e ser conscientes do que consiste a epilepsia e dos efeitos secundários da medicação prescrita para o controle das crises. A rotina escolar pode vir então a ser alterada quando há uma criança com epilepsia na escola, mas não há motivos para os educadores/professores terem receio das crianças com epilepsia ou medo das crises, devendo portanto agir com normalidade perante uma crise epilética e ajudar os restantes alunos a compreender a epilepsia, desmistificando a doença (Fernandes et al., 2007) o mais precocemente possível.

Pela análise efetuada aos estudos já realizados sobre esta temática, constatamos que há educadores/professores que ainda acreditam que as crises epiléticas são a manifestação de um fenómeno sobrenatural, ou seja, que as PCE são possuídas por um espírito maligno, que estas podem engolir a língua, que é contagiosa, que se deve restringir os movimentos, que é uma doença mental, entre outras crenças. Estes mitos, sem fundamento científico, deram origem a ideias completamente erróneas acerca da epilepsia e o estigma foi-se perpetuando no tempo.

De acordo com (Bishop & Boag, 2006), há uma tendência preocupante – a maioria dos educadores/professores reconhece que não tem conhecimentos sobre a epilepsia e que as ideias que possuem são baseadas em (pre)conceitos que lhes foram sendo incutidos. Fernandes e colegas (2007) partilham desta opinião, referindo que os professores, apesar de pertencerem a uma classe social instruída, não se sentem capacitados para lidar com crianças epiléticas, traduzindo-se em atitudes confusas, baseadas no medo, na preocupação e em crenças infundadas.

Visto haver consciência de que maioritariamente as PCE perdem o controlo do seu corpo durante a ocorrência de uma crise epilética (Mustapha et al., 2013), que a prevalência da epilepsia é sobretudo na infância e que o nível de conhecimentos face à mesma no seio da classe docente é diminuto, é pois fundamental que os educadores/professores e restante comunidade educativa que convivem com crianças, nomeadamente epiléticas, saibam atuar corretamente perante uma crise convulsiva, Nesse sentido, Nielsen (1999) e Gomes (2004) sugerem algumas das medidas que estes devem adotar:

- manter a calma e não tentar reanimar o aluno;
- afastar os curiosos para evitar situações discriminatórias;
- arranjar espaço para que a criança com epilepsia possa movimentar-se à vontade;
- não tentar restringir qualquer movimento do aluno;
- deitar a criança epilética o mais confortavelmente possível, protegendo a cabeça desta com algo suave;

- posicionar o aluno de lado, por forma a desimpedir as vias respiratórias;
- permitir que o fluido existente na boca possa ser drenado;
- remover os objetos duros;
- aliviar a pressão da roupa, desapertando-a;
- não dar nada a beber ou a engolir durante a crise pois pode asfixiar;
- não forçar a boca do aluno para que esta se mantenha aberta, nem introduzir nenhum objeto na boca;
- se o aluno caminhar sem sentido durante a crise, é remover todos os objetos potencialmente perigosos.

Normalmente as crises são de curta duração, não sendo necessário dirigir-se ao hospital, no entanto, se durarem mais de cinco minutos, deverão recorrer a manobras para interromper as crises (ex. a administração de um clister de diazepam) e se ainda assim não pararem, devem pedir socorro. Importa salientar que na fase pós-ictal as crianças epiléticas quando despertam podem mostrar-se confusas, cansadas e sonolentas, devendo por isso serem resguardadas para um local tranquilo, chamar o Encarregado de Educação e informar o médico que acompanha a criança (Gomes, 2004).

Em suma, Silva (2008), tal como muitos outros autores, entende que de uma forma geral os professores não têm a preparação/formação necessária para trabalhar com crianças que apresentam NEE, aprendendo apenas *a posteriori* com a prática. É pois imprescindível que os educadores/professores, bem como os assistentes operacionais, recebam formação especializada para melhor compreender e lidar com as problemáticas com que se deparam diariamente no espaço escolar para que todos se sintam aptos para responder adequadamente a todas as NEE (Correia, 2010).

Nesse âmbito, Fernandes, Cabral, Araújo, Noronha e Li (2005) referem uma iniciativa promovida pelo Ministério da Saúde do Brasil que envolveu 26000 escolas com o objetivo de dar a conhecer a doença a toda as crianças e/ou jovens, através da introdução da problemática nas diferentes disciplinas.

Outra das estratégias seria promoverem-se ações de sensibilização sobre a epilepsia, tal como nos mostra o estudo desenvolvido no Brasil por Guilhoto et al. (2010) em que os educadores/professores, apesar de terem revelado conhecimentos gerais sobre a doença, viram os seus conhecimentos aumentarem de 71,1% para 89% graças a uma palestra dinamizada pela Associação Brasileira de Epilepsia.

Em Portugal tem-se vindo a assistir a alguns projetos similares aos dos restantes países no que concerne à problemática em questão, tal é exemplo da Liga Portuguesa Contra a

Epilepsia (LPCE), da Associação Portuguesa de Familiares, Amigos e Pessoas com Epilepsia (EPI), salientando-se o Projeto Escola Amiga da EPI que faz a divulgação de informações sobre a epilepsia através de ações de formação e de sensibilização a pais e/ou cuidadores, profissionais de educação e alunos.

Como modelo/exemplo junto das crianças e/ou jovens, os educadores/professores devem possuir conhecimentos e atitudes corretas face à epilepsia para assim contribuir para a diminuição do estigma na sociedade (Fernandes & Souza, 2004). Mas saberão os educadores/professores o que é a epilepsia e o que ela envolve?! Estarão eles preparados para lidar com esta problemática na sala de aula?! Parece-nos pois importante compreender que atitudes, conhecimentos e perceções os docentes têm relativamente a esta problemática, principalmente da sua implicação no contexto educativo.

**PARTE II**

**ESTUDO EMPÍRICO**

---

## CAPÍTULO I – MÉTODO

Finda a abordagem teórica, que enquadra e serve de suporte ao presente estudo, debruçamo-nos agora nos aspetos centrais desta investigação, cujo processo teve início a partir da definição do problema base.

No decurso deste capítulo, iremos então expor as hipóteses e os objetivos deste estudo, bem como caracterizar a amostra, apresentar e clarificar os instrumentos e procedimentos de investigação adotados.

### 1. ENUNCIÇÃO DO PROBLEMA

Pelo exposto em capítulos anteriores, constatamos que a população em geral desconhece a epilepsia, fazendo despoletar reações e atitudes nem sempre muito corretas e/ou positivas que, por sua vez, fazem das PCE vítimas de discriminação.

Sobre este temática diversos autores entendem que, para diminuir o estigma que ainda se encontra associado à epilepsia e a outras problemáticas, é necessário educar as gerações mais novas para questões referentes à saúde. Nesse âmbito, o professor assume um papel preponderante na mediação e transmissão de conhecimentos desta área, mais concretamente sobre a epilepsia, uma vez que as atitudes e os conhecimentos que os docentes revelam desta doença é o reflexo dos problemas sociais que continuam a ensombrá-la.

Conscientes deste facto, e atendendo à elevada prevalência desta condição de saúde na infância, foi nossa pretensão nesta investigação averiguar o impacto da epilepsia no contexto educativo, a partir da qual surge a seguinte pergunta de investigação:

**Que atitudes, conhecimentos e perceções do estigma demonstram os educadores/professores face à epilepsia?**

### 2. OBJETIVOS DE ESTUDO

Partindo dos pressupostos anteriores, definimos como **objetivos gerais**: verificar as atitudes e os conhecimentos que os educadores/professores demonstram face à epilepsia, e conhecer a perceção dos docentes relativamente ao estigma associado à epilepsia.

*São definidos como **objetivos específicos**:*



- conhecer, na generalidade, as atitudes que os educadores/professores demonstram no que diz respeito à epilepsia;
- avaliar o conhecimento geral dos docentes relativamente às condições e circunstâncias de vida das pessoas com epilepsia;
- analisar e relacionar as variáveis independentes com as atitudes e os conhecimentos evidenciados pelos docentes;
- conhecer, na generalidade, as percepções dos educadores/professores face ao estigma associado à epilepsia.

### 3. DEFINIÇÃO DAS HIPÓTESES

Partindo da questão de investigação, e por se tratar de um estudo quantitativo, estabelecemos algumas *hipóteses de estudo* e as variáveis a utilizar:

**H<sub>1</sub>** Os conhecimentos gerais que os educadores/professores possuem acerca da epilepsia e das reais condições e circunstâncias de vida das PCE influenciam as suas atitudes, estigma e medidas a adotar.

**H<sub>2</sub>** Os educadores/professores têm a percepção das medidas a adotar perante uma crise epilética.

**H<sub>3</sub>** As variáveis *Género, Idade, Tempo de serviço e Nível de ensino que leciona* apresentam uma associação positiva com as variáveis *Atitudes positivas, Atitudes negativas, Estigma e Medidas a adotar*.

### 4. TIPO DE ESTUDO

Relativamente à investigação em ciências sociais, há uma diversidade de métodos e técnicas de recolha de dados, com vantagens e desvantagens, de acordo com o estudo a efetuar. Tendo em consideração esse facto, adotámos uma metodologia quantitativa com recurso ao inquérito por questionário, pois desta forma pudemos recolher um número mais alargado de opiniões, aumentando a nossa amostra segundo os objetivos anteriormente delineados.

### 5. SUJEITOS/AMOSTRA/PARTICIPANTES

Face aos pressupostos inicialmente apresentados, o presente estudo tem como público-

alvo educadores e professores de todos os níveis de ensino que se encontram a lecionar em Portugal. Através de uma amostra não aleatória, obtivemos 193 sujeitos, dos quais 63 são homens (32.6%) e 130 mulheres (67.4%), com idades compreendidas entre os 25 e os 58 anos de idade ( $M=40.21$ ,  $DP=7.26$ ).

## **6. INSTRUMENTOS**

Para ajudar a desenvolver a problemática em estudo, foram utilizados e adaptados dois inquéritos por questionário dos autores Antonak e Livneh (1995) e de Fernandes, Salgado, Noronha, Sander e Li (2007), Questionários um e dois respetivamente. Todas as questões são de resposta fechada, tendo-se para tal optado pela Escala Likert, de quatro e seis valores, que é um tipo de escala de resposta psicométrica muito utilizada neste género de questionários.

Os questionários apresentam-se divididos em duas partes: uma parte relativa a informações de cariz sociodemográfico, e outra com questões acerca das atitudes, dos conhecimentos e das perceções manifestados pelos educadores/professores no que concerne à epilepsia.

Na primeira parte, que corresponde à caracterização da amostra, estão dispostas questões sobre: o género, a idade, o tempo de serviço, o grau académico mais elevado dos docentes e o nível de ensino que lecionam.

Relativamente ao Questionário um, este é composto por três questões, sendo que a primeira questão apresenta três itens com uma escala de medição com seis pontos, através dos quais pretendemos aferir não só o nível dos conhecimentos gerais dos educadores/professores acerca das condições e circunstâncias de vida das PCE (1=nenhum conhecimento; 2=pouco conhecimento; 3=algum conhecimento; 4=conhecimento razoável; 5=bom conhecimento, e 6=muito conhecimento), mas também a frequência (1=muito pouco frequente; 2=pouco frequente; 3=minimamente frequente; 4=frequente; 5=razoavelmente frequente, e 6=muito frequente) e a intensidade (1=nada intenso; 2=pouco intenso; 3=intenso; 4=razoavelmente intenso; 5=bem intenso, e 6=muito intenso) dos contactos com os referidos indivíduos. A segunda questão prende-se com o facto de averiguar se os inquiridos conhecem ou não alguma PCE e, no caso de resposta afirmativa, estes têm de mencionar o tipo de relação para com o epilético. Finalmente, na última questão, estão dispostos 28 itens, dos quais 17 referem-se às atitudes e 11 aos conhecimentos sobre a epilepsia, em que os inquiridos têm de avaliar cada questão/afirmação de acordo com a escala de Likert de seis pontos (-3=Discordo muito; -

2=discordo; -1=discordo um pouco; 1=concordo um pouco; 2=concordo; 3=concordo muito). Importa referir que para uma análise mais correta a escala das respostas aos itens negativos é invertida, passando o -3=Discordo muito para 3=Concordo muito; -2=Discordo para 2=Concordo, e -1=Discordo um pouco para 1=Concordo um pouco. As somas obtidas das respostas aos itens são calculadas segundo o conhecimento e as atitudes gerais demonstradas pelos participantes, sendo que quanto mais elevada for a pontuação, maior é o conhecimento e as atitudes mais positivas.

Como Questionário dois utilizámos a SSE dos autores mencionados anteriormente, a qual é composta por 24 itens com foco no preconceito, nas crenças associadas à epilepsia, em experiências pessoais com PCE, nomeadamente as medidas a adotar perante uma crise epilética, bem como nos aspetos sociais, afetivos e emocionais das PCE. Cada item apresenta uma escala de quatro pontos, perante os quais os participantes têm de selecionar o número correspondente à categoria desejada (1=Não; 2=Um pouco; 3=Bastante, e 4=Muitíssimo). A pontuação da SSE vai desde zero (nenhum estigma) a 100 (estigma máximo).

## **7. PROCEDIMENTOS**

Inicialmente definimos a nossa problemática de pesquisa que se encontra relacionada com a epilepsia. Partindo de referências teóricas publicadas em revistas e/ou artigos científicos e associações oficiais, bem como em livros referentes ao tema em questão, efetuámos uma revisão da literatura com o intuito de melhor compreendermos a epilepsia e verificar as implicações que na perspetiva dos educadores/professores a mesma poderá ter na QV das PCE, mais concretamente no contexto educativo.

Como instrumentos na recolha de informação, selecionámos o inquérito por questionário por se apresentar mais vantajoso e mais rápido no processo de recolha de dados junto de uma população mais alargada. Após uma pesquisa sobre a problemática em estudo, decidimos adaptar e consequentemente aplicar dois questionários que, no nosso entender, nos pareceram os mais adequados por forma a responder à questão de investigação apresentada. Sobre este assunto, realçamos o facto da aplicação dos questionários ter sido devidamente autorizada pelos respetivos autores, tendo-se optado pelo seu formato eletrónico por forma a garantir o completo anonimato e a máxima confidencialidade dos participantes que aceitaram cooperar nesta pesquisa.

Sublinhamos ainda que, antes de procedermos à aplicação dos questionários, efetuámos um pré-teste, a partir do qual foi necessário fazer alguns reajustes que se prenderam com

a apresentação dos mesmos. Realçamos também que tivemos o cuidado de adequar a linguagem de algumas afirmações/questões por forma a simplificar a sua compreensão.

No que concerne à amostra, seleccionámos o método de amostragem não probabilístico, visto ser nosso objetivo primordial aferir as atitudes, os conhecimentos e as perceções face à epilepsia apenas na ótica de um grupo em particular – os docentes. Nesse sentido, e pelo que se encontra referido anteriormente no que concerne ao formato de apresentação do inquérito, optámos pelo tipo de amostragem *Snowball*, servindo-nos das redes sociais e dos contactos resultantes do nosso círculo de amizades e dos conhecimentos/contactos deste último.

Finalmente, e após a recolha de dados, procedemos ao seu tratamento através do programa informático Statistical Package for the Social Sciences, versão 15.0 para Windows (SPSS Inc. Chicago, IL), tendo como base os objetivos a que nos propusemos alcançar inicialmente, bem como as hipóteses formuladas.

## **8. TRATAMENTO DE DADOS**

Todos os dados deste estudo foram analisados com recurso ao SPSS, versão 15.0 para Windows (SPSS Inc. Chicago, IL).

Para a caracterização dos sujeitos recorremos a uma estatística descritiva dos dados, assente nas medidas de tendência central e de dispersão dos resultados, os quais foram posteriormente representados através de gráficos, quadros e tabelas para ilustrar as diferentes variáveis.

De um modo geral, aplicámos o teste Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors para avaliar o ajustamento dos dados das amostras à curva de distribuição normal, e também o teste de Levene para verificar a homogeneidade da variância. Para a inferência estatística, quando estes dois pressupostos não se verificaram, recorremos aos equivalentes Não-paramétricos. Salientamos ainda que o valor crítico de  $p < 0.05$  foi considerado estatisticamente significativo para todas as análises efetuadas.

### **a) Correlações**

Para analisar a força da associação entre duas variáveis quantitativas, utilizámos o coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ) sempre que as variáveis em análise seguissem uma distribuição normal, contudo, nas variáveis em que tal não se verificou este pressuposto, aplicámos o Ro de Spearman ( $\rho$ ).

Assim para correlações entre 0.01 e 0.19 a associação foi considerada muito fraca; entre

0.20 e 0.29 uma associação fraca; entre 0.30 e 0.40 uma associação moderada; entre 0.40 e 0.69 uma associação forte, e finalmente, a partir de 0.70 uma associação muito forte.

#### **b) Comparações**

Relativamente às comparações de médias, utilizámos o Teste *t*-Student para comparações entre duas amostras independentes e o teste de Análise de Variância (ANOVA) para comparações de médias entre mais de duas amostras. No que concerne a este último, sempre que a ANOVA tenha demonstrado um resultado estatisticamente significativo, procedemos às comparações múltiplas de acordo com o método de Scheffe.

## CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO/ ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados alcançados após a aplicação dos questionários realizados junto de educadores/professores, tendo em consideração os objetivos definidos *a priori*.

Recorreremos ao programa informático SPSS, versão 15.0 para Windows (SPSS Inc. Chicago, IL), para tratamento dos dados obtidos, os quais serão organizados em tabelas e gráficos para facilitar a interpretação dos mesmos, fazendo-se inclusive acompanhar pela respetiva análise estatística.

Por fim, procederemos à interpretação e discussão dos resultados verificados no estudo.

### 1. APRESENTAÇÃO/ ANÁLISE DE RESULTADOS

No que concerne à amostra obtida nesta investigação, verificámos que esta foi constituída por 193 sujeitos, dos quais 32.6% são homens ( $n=63$ ) e 67.4% mulheres ( $n=130$ ), com idades compreendidas entre os 25 e os 58 anos de idade ( $M=40.21$ ,  $DP=7.26$ ).

O público-alvo da pesquisa foram educadores e professores de todos os níveis de ensino: pré-escolar (6.7%), 1.º ciclo (40.9%), 2.º ciclo (16.1%), 3.º ciclo (28.5%) e o secundário (7.8%), a lecionar em Portugal. No que se refere ao seu percurso académico, verificamos que a maioria dos inquiridos possui licenciatura (60.1 %) ou um grau académico mais elevado como pós graduações/especializações (17.6%) ou inclusive mestrado (19.2%), apresentando igualmente um tempo de serviço considerável que varia maioritariamente entre os 11 e os 20 anos de serviço, correspondendo a 40.4% da totalidade da amostra (Tabela 1).

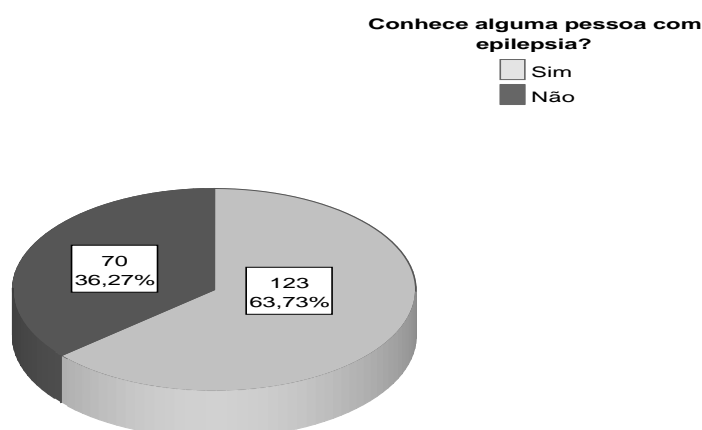
**Tabela 1.** Dados sociodemográficos da amostra.

Variável	Grupo	Frequência	Percentagem
Género	Masculino	63	32.6
	Feminino	130	67.4
Idade	de 21 a 30 anos	10	5.2
	de 31 a 40 anos	96	49.7
	de 41 a 50 anos	63	32.6
	de 51 a 60 anos	24	12.4
Tempo de Serviço	de 1 a 10 anos	48	24.9
	de 11 a 20 anos	78	40.4
	de 21 a 30 anos	53	27.5
	mais de 30 anos	14	7.3

**Tabela 1.** Dados sociodemográficos da amostra (continuação).

Variável	Grupo	Frequência	Percentagem
Grau académico	bacharelato	6	3.1
	licenciatura	116	60.1
	pós graduação/especialização	34	17.6
	mestrado	37	19.2
Nível de ensino que leciona	pré-escolar	13	6.7
	1.º ciclo	79	40.7
	2.º ciclo	31	16.1
	3.º ciclo	55	28.5
	secundário	15	7.8

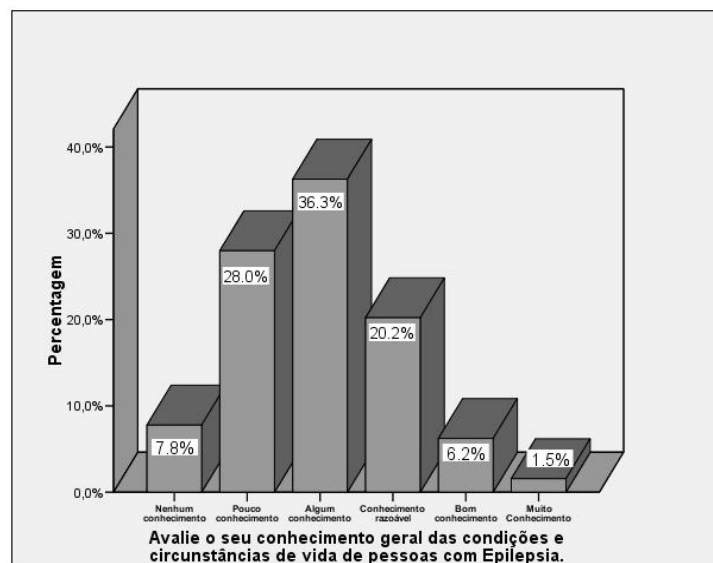
Numa análise cuidada dos dados alcançados nos inquéritos por questionário, foi possível observar no Questionário um que a maioria dos educadores/professores conhece alguém com epilepsia (63.73%), nomeadamente alunos, familiares, colegas de trabalho, amigos e conhecidos, irmãos, esposo(a) e inclusive o próprio indivíduo, tendo-se refletido positivamente nas respostas que efetuaram (**Figura 2**).



**Figura 2.** Análise estatística à variável Conhece alguma pessoa com epilepsia.

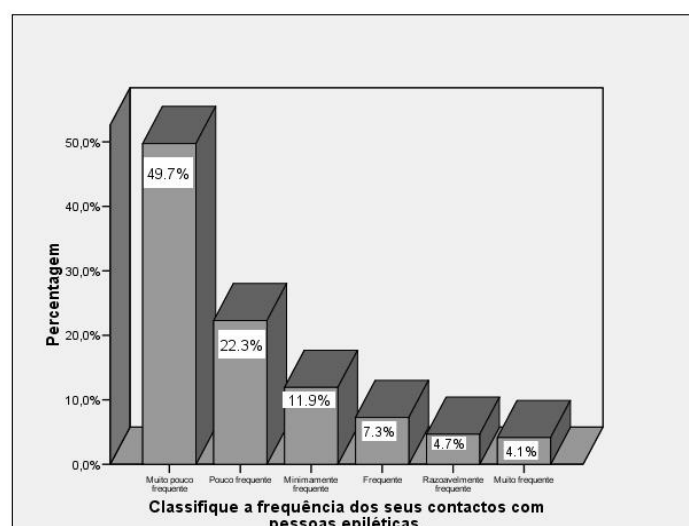
Na primeira questão do referido questionário, pretendemos aferir o nível de conhecimentos gerais que os inquiridos revelam sobre as condições de vidas das PCE, bem como a frequência e a intensidade dos contactos que os mesmos têm com PCE.

Relativamente ao grau de conhecimento que os sujeitos possuem acerca das condições e circunstâncias de vida das PCE, verificámos que a maioria, aproximadamente 92.2%, afirmou ter conhecimentos gerais acerca das mesmas, embora tenha reconhecido que esse mesmo conhecimento seja por vezes diminuto (64.3%), pois ainda houve 7.8% educadores/professores que referiram desconhecer a epilepsia e os aspetos socioculturais que mais afeta (**Figura 3**).



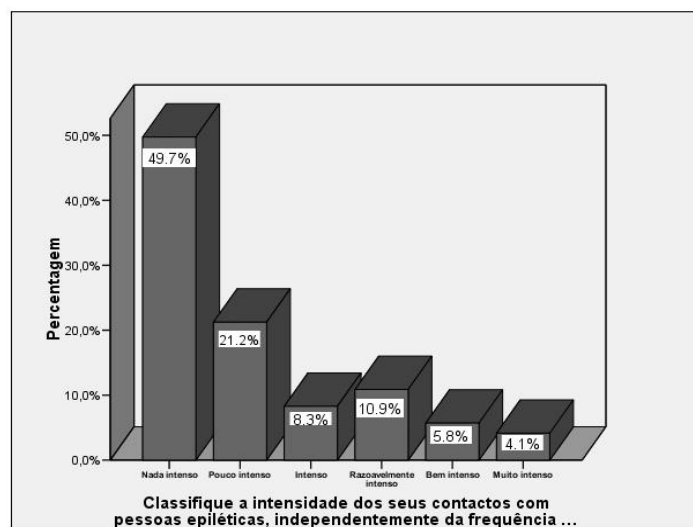
**Figura 3.** Avaliação do grau de conhecimento geral sobre a epilepsia

Ao classificarmos a frequência do contacto que os inquiridos têm com PCE e a intensidade do mesmo, independentemente da sua proximidade com as referidas pessoas, constatámos que atualmente convivem com pouca frequência (72%), sendo um contacto pouco ou nada intenso (70.9%) (**Figuras 4 e 5**).



**Figura 4.** Frequência dos contactos com PCE





**Figura 5. Intensidade dos contactos com PCE.**

Continuando a análise ao questionário, foi-nos possível verificar que, de um modo global, os sujeitos apresentam conhecimentos razoáveis no que concerne à problemática em estudo, demonstrando também atitudes favoráveis em relação à mesma, apesar de ainda se terem evidenciado algumas ideias pré-concebidas sobre a epilepsia, resultado de mitos e crenças que foram sendo transmitidos e passados de geração em geração e que perduram até hoje.

Desse modo, e no que se refere aos aspetos socioculturais da vida das PCE, designadamente nos contextos familiar, escolar, social e ainda da saúde e do emprego, constatámos que um grande número de educadores/professores considera que os epiléticos têm iguais direitos que os demais cidadãos (97.9%) e que os mesmos não deveriam ser sujeitos a qualquer ato discriminatório, nem viverem à margem da sociedade somente com indivíduos com a mesma condição (65.2%). Segundo os docentes, é da responsabilidade da sociedade zelar pela sua educação (74.6%) e fornecer-lhes os devidos apoios e serviços sociais (78.2%), inclusive aos familiares e/ou aos cuidadores que têm a seu cargo uma criança com epilepsia. Aqueles reconheceram ainda que as PCE não oferecem qualquer perigo para a sociedade (97.4%) nem que revelam maior probabilidade de desenvolver tendências criminosas (69.4%) comparativamente a uma pessoa sem epilepsia.

Relativamente à interação familiar, 75.7% dos participantes no estudo concorda que os pais de crianças epiléticas deveriam ter com estas as mesmas expectativas que têm para com qualquer outro filho ou outra criança que não apresente nenhuma doença crónica.

Foi ainda possível comprovar as atitudes que os educadores/professores, como representantes diretos da escola, revelam sobre esta problemática em contexto educativo.

Desse modo, verificámos que as atitudes manifestadas são positivas, visto a maioria da classe docente (86%) concordar com a inclusão de crianças epiléticas em turmas de ensino regular. Dada a possibilidade da personalidade das crianças com epilepsia poder vir a alterar-se em virtude da doença, da medicação ou da existência de comorbidades e patologias a ela associadas, os inquiridos foram da opinião que as crianças epiléticas não apresentam maior agressividade e como tal, as outras crianças não têm que ser mais ou menos protegidas que as primeiras (90.6%) e também que a epilepsia não está diretamente ligada ao atraso no desenvolvimento mental (98.9%). No que concerne ao desempenho académico, a maioria dos sujeitos (94.8%) considera que as crianças epiléticas não têm que necessariamente interferir de modo negativo com as crianças sem epilepsia, tendo corroborado igualmente a afirmação que evidencia que o lugar destas crianças é nas escolas públicas, fazendo parte integrante de turmas de ensino regular (93.3%).

Alguns itens do referido questionário focaram também aspetos sobre a saúde. Desse modo, apurámos que 78.8% dos sujeitos não acha a epilepsia uma doença hereditária e que 92.7.% não a considera contagiosa, apesar de alguns deles continuarem a acreditar que os filhos de pais com epilepsia têm obrigatoriamente a mesma doença (0.5%) ou que esta é suscetível de contágio (4.1%).

Os educadores/professores consideraram ainda que o facto das pessoas terem epilepsia não significa que a sua condição física ou de saúde se vá deteriorando (62.7%) ao longo da vida, aliás, 80.3% considerou que a esperança média de vida destes indivíduos pode ser normal. Reconheceram igualmente que, quando as crises epiléticas são controladas através de medicação, as PCE são como outra pessoa qualquer (87%), não tendo encontrado nenhuma relação entre as crises epiléticas e os eventuais acidentes que possam decorrer das mesmas (65.3%). Nesse sentido, 83.4% considerou que as companhias de seguro não devem por isso negar o seguro a uma pessoa apenas por esta ter epilepsia.

Na idade adulta, os indivíduos epiléticos continuam a ver as suas vidas dificultadas. Sobre este aspeto, os participantes entenderam que as PCE podem ter uma vida social normal, como: conduzir (69.9%), ter as mesmas oportunidades de emprego como qualquer outro cidadão (91.7%), casar (84.4%) sem que a sua condição por si só seja motivo para divórcio (98.5%), constituir família e consequentemente, ter filhos (81.9%), participar em atividades intensas (45.7%), lidar com uma semana de trabalho de 40 horas (72.6%) e operar máquinas de forma segura (43%).

**Tabela 2.** Atitudes e conhecimentos dos educadores/professores acerca das PCE.

Variável	DM	D	DP	CP	C	CM	Média
As escolas não devem colocar as crianças com Epilepsia em turmas do ensino regular.	53.4	32.6	4.1	2.1	2.6	52	-2.062
Pessoas com Epilepsia têm os mesmos direitos que todas as outras pessoas.	-	-	-	2.1	18.6	79.3	2.772
Pessoas com Epilepsia podem operar máquinas com segurança.	7.3	9.3	15.0	25.4	40.9	2.1	.580
A pessoa com Epilepsia não possui esperança de vida normal.	36.3	44.0	6.7	7.3	3.6	2.1	-1829
As companhias de seguro não devem negar o seguro a um indivíduo epilético.	6.2	7.3	2.1	1.0	34.2	49.2	1.818
As pessoas com Epilepsia não devem ser impedidas de ter filhos.	7.3	4.1	1.5	5.2	41.5	40.4	1.777
Pessoas com Epilepsia devem ser proibidas de conduzir.	14.5	40.4	15.0	15.0	13.5	1.6	-.927
Crianças com Epilepsia devem frequentar escolas públicas e turmas de ensino regular.	-	3.6	-	3.1	29.6	63.7	2.461
O início das crises epiléticas num cônjuge é motivo suficiente para o divórcio.	71.5	19.2	7.8	.5	1.0	-	-2.580
Indivíduos com Epilepsia apresentam atraso mental.	69.4	24.4	4.1	.5	1.0	.5	-2.569
As pessoas com Epilepsia são um perigo para a sociedade.	71.5	25.9	-	.5	.5	1.6	-2.601
A responsabilidade pela educação de crianças com Epilepsia é de toda a comunidade.	2.1	8.3	3.6	11.4	24.9	49.7	1.839
Indivíduos com Epilepsia são propensos a acidentes.	6.2	25.9	33.2	18.1	10.4	6.2	-.461
crianças precisam de ser protegidas dos colegas que têm Epilepsia.	69.4	21.2	2.6	4.1	1.7	1.0	-2.430
Os pais devem esperar do seu filho que tem Epilepsia o mesmo que esperam das outras crianças.	-	4.7	7.3	12.4	36.8	38.9	1.8601
Pessoas com Epilepsia podem participar em atividades intensas.	.5	9.3	18.1	26.4	34.8	10.9	.901
Pessoas epiléticas têm maior probabilidade de desenvolver e expressar tendências criminosas do que outras pessoas.	69.4	24.4	5.2	.5	.5	-	-2.606
Indivíduos com Epilepsia não deveriam ser proibidos de casar.	7.3	7.3	-	1.0	24.3	60.1	1937
As leis que referem a Epilepsia como argumento para a anulação da adoção devem ser revogadas.	9.8	4.1	10.9	7.8	30.1	37.3	1.310
Pessoas com Epilepsia preferem viver com outras de características semelhantes.	42.0	23.2	19.7	5.2	8.3	1.6	-1.658

**Tabela 2.** Atitudes e conhecimentos dos educadores/professores acerca das PCE (continuação).

Variável	DM	D	DP	CP	C	CM	Média
Devem ser dadas as mesmas oportunidades de emprego para indivíduos com Epilepsia.	1.0	-	1.6	5.7	34.2	57.5	2.419
É esperado que a condição física de uma pessoa com Epilepsia se vá deteriorando.	24.4	38.3	1.2	8.8	6.3	1.0	-1.468
Os filhos de pais com Epilepsia também têm Epilepsia.	36.3	42.5	14.5	6.2	.5	-	-2.010
Quando as convulsões epiléticas são controladas pela medicação, os epiléticos são quase como qualquer outra pessoa.	5.7	2.1	.5	4.7	37.3	49.7	2.067
Às famílias de crianças epiléticas não deve ser fornecido apoio de serviços sociais.	51.8	26.4	6.2	7.8	3.7	4.1	-1.870
A Epilepsia não é uma doença contagiosa.	4.1	.5	-	2.7	11.9	80.8	2.554
Crianças com Epilepsia em classes de ensino regular têm um efeito negativo sobre as outras crianças.	72.0	22.8	4.1	.5	.5	-	-2.642
Indivíduos com Epilepsia podem lidar com uma semana de trabalho de 40 horas.	.5	3.6	13.5	9.8	45.1	27.5	1.601

Na tabela que se segue estão representados os dados obtidos após a aplicação do Questionário dois no que se refere à percepção do grau de estigma que os participantes têm face às PCE. Numa primeira análise, verificámos que 81.9% dos docentes é da opinião que os epiléticos são capazes de controlar a epilepsia. Estando cientes de que esta doença pode ser incapacitante, entendem que as maiores dificuldades vivenciadas no seu dia a dia se prendiam essencialmente com o preconceito (80.8%), os problemas emocionais ligados à própria condição (73.6%), o emprego (73.1%), a escola (71%) e a amizade/namoro (53.9%), e que por isso, as mesmas possam sentir-se preocupadas (93.3%), com medo (75.1%), dependentes (57%) e envergonhadas (52.3%), mas simultaneamente iguais às outras (83.4%). Importa realçar que poucos foram os docentes (49.7%) que consideraram que as PCE pudessem sentir-se deprimidas/tristes na sua vida diária.

Tal como constatámos na anterior, existe ainda algum estigma até mesmo em pessoas detentoras de graus académicos elevados, como é o exemplo dos educadores/professores, os quais reconheceram que o preconceito contra as PCE ocorre de forma mais intensa sobretudo na escola (75.1%), na convivência social (71%) e no trabalho (76.2%), e não tanto no casamento (23.8%) e no seio familiar (22.8%), talvez

porque nesse contexto estejam mais resguardadas e assim mais protegidas contra a segregação social.

Foi também questionado aos sujeitos quais os seus sentimentos perante uma crise epilética e se conheciam os procedimentos corretos a adotar durante a mesma. No que se refere ao primeiro aspeto, dos sentimentos apresentados, os mais assinalados pelos educadores/professores foram susto (79.3%) e tristeza (57.5%) e não tanto medo (42%) ou pena/dó (37.9%). Finalmente, quando confrontados com uma crise epilética, e apesar de 19.2% dos docentes achar que não saberia como ajudar, quase a sua totalidade adotaria como medidas mais adequadas: procurar socorro (95.9%), proteger a cabeça das PCE (93.3%) e segurar a pessoa (66.3%), identificando assim como a atitude menos correta a de puxar a língua (51.8%). Relativamente ao item «afastar-me-ia com medo de contágio», 0.5% assinalou como resposta: «bastante», demonstrando portanto que, embora seja em menor número, a população ainda desconhece a epilepsia.

**Tabela 3.** O estigma dos educadores/professores relativo às PCE e as medidas a adotar perante epiléticas.

Variável /	Grupo	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo	Média
Acha que as pessoas com epilepsia sentem-se capazes de controlar a sua própria epilepsia?		18.1	25.5	44.0	12.4	2.507
O que você sentiria ao ver uma pessoa com epilepsia a ter uma crise?	Susto	20.7	51.3	25.4	2.6	2.098
	Medo	58.0	29.5	7.3	5.2	1.595
	Tristeza	42.5	39.9	17.6	-	1.751
	Pena/dó	62.1	30.6	7.3	-	1.450
Que dificuldades você pensa que as pessoas com epilepsia têm no seu dia a dia?	Relacionamento familiar	68.9	29.0	2.1	-	1.331
	Emprego	26.9	55.7	15.3	2.1	1.927
	Escola	29.0	54.4	16.6	-	1.875
	Amizade/namoro	46.1	45.6	8.3	-	1.621
	Sexualidade	61.1	32.2	6.7	-	1.456
	Emocionais	26.4	57.0	15.0	1.6	1.917
	Preconceito	19.2	42.5	34.7	3.6	2.228
Na sua opinião, como é que as pessoas com epilepsia se sentem?	Preocupadas	6.7	71.5	21.8	-	2.150
	Dependentes	43.0	52.8	4.2	-	1.611
	Incapazes	75.6	21.8	2.6	-	1.269
	Com medo	24.9	66.8	8.3	-	1.834
	Envergonhadas	47.7	48.7	3.6	-	1.559
	Deprimidas/tristes	50.3	42.5	7.2	-	1.569
	Iguais às outras	16.6	19.7	52.8	10.9	2.580
Para si, o preconceito contra as pessoas com epilepsia ocorre em que situações?	Na convivência social	29.0	56.5	14.0	0.5	1.860
	No casamento	76.2	18.1	4.7	1.0	1.305
	No trabalho	23.8	58.5	15.6	2.1	1.958
	Na escola	24.9	51.3	23.3	0.5	1.994
	Na família	77.2	21.8	1.0	-	1.238

**Tabela 3.** O estigma dos educadores/professores relativo às PCE e as medidas a adotar perante epilépticas (continuação).

Variável /	Grupo	Não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo	Média
E o que faria ao ver uma pessoa com epilepsia a ter uma crise?	Saberia como ajudar	19.2	60.5	13.0	7.3	2.082
	Puxaria a língua	51.8	17.6	17.6	13.0	1.917
	Protegeria a cabeça	6.7	11.4	42.5	39.4	3.145
	Seguraria a pessoa	33.7	23.8	30.6	11.9	2.207
	Afastar-me-ia por medo de contágio	99.5	-	0.5	-	1.010
	Procuraria socorro	4.1	15.0	40.5	40.4	3.171

Tendo em consideração os dados obtidos, foi possível concluir que os educadores/professores apresentam alguns conhecimentos gerais sobre a epilepsia e demonstram atitudes positivas no que diz respeito às PCE. Todavia, e apesar de ser uma classe social instruída, pudemos observar, no decorrer da análise efetuada aos dois questionários, algumas atitudes ainda reveladoras da existência de algum estigma face a estas pessoas nos diversos contextos sociais, nomeadamente no âmbito educativo.

No que concerne à relação entre a variável independente *género* e as variáveis dependentes relativas às atitudes, ao estigma e às medidas a adotar, constatámos que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (**Tabela 4**).

**Tabela 4.** Influência da variável género nas variáveis dependentes

Variáveis	Género				Independent Samples Test (t-test)		
	Masculino		Feminino		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Atitudes positivas	17.492	9.237	19.708	6.304	-1.720	90.925	.089
Atitudes negativas	-18.730	7.366	-20.385	5.379	1.768	191	.079
Estigma	43.349	7.800	42.139	7.632	1.026	191	.306
Medidas a adotar	17.095	2.506	16.839	2.332	.700	191	.485

Legenda: M – Média; DP – Desvio-padrão; gl – graus de liberdade

Contrariamente aos resultados obtidos na variável *género*, verificámos que existem diferenças significativas entre a variável proximidade com alguma pessoa com epilepsia e as variáveis *Atitudes negativas* [t(96.994); p=0.038] e *Medidas a adotar* [t(191); p= 0.003] para o grupo que respondeu afirmativamente (**Tabela 5**).

**Tabela 5.** Influência da variável Conhece alguma pessoa com epilepsia nas variáveis dependentes

Variáveis	Conhece alguma pessoa com epilepsia?				Independent Samples Test (t-test)		
	Sim		Não		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Atitudes positivas	19.236	7.581	18.543	7.214	.621	191	.535
Atitudes negativas	-20.634	4.679	-18.457	7.923	-2.100	96.994	.038*
Estigma	43.033	7.509	41.657	7.971	1.196	191	.233
Medidas a adotar	17.309	2.426	16.243	2.170	3.047	191	.003*

Legenda: M – Média; DP – Desvio – Padrão; gl – graus de liberdade.

\* Resultados estatisticamente significativos para nível 0.05

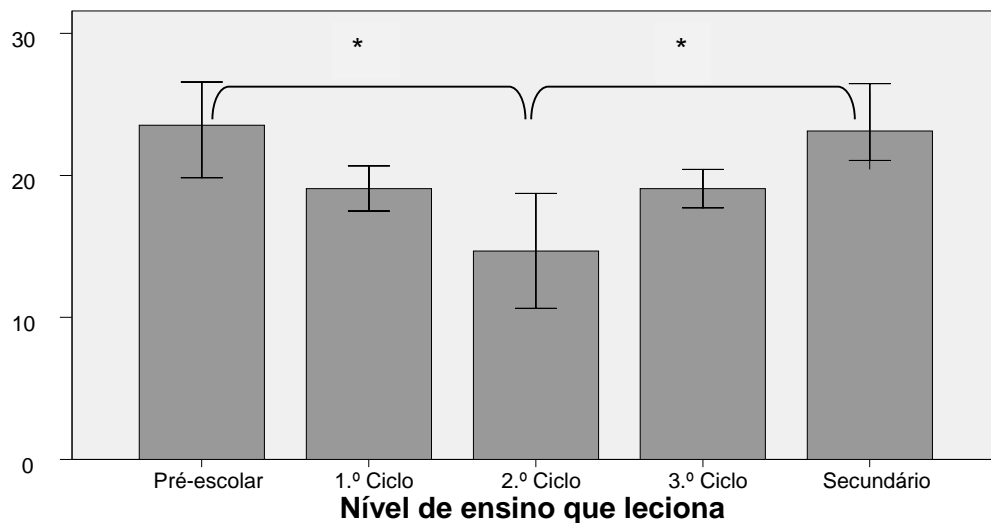
Constatámos igualmente que a aplicação dos inquéritos por questionário abrangeu docentes de diversos níveis de ensino, nomeadamente do pré-escolar ao terceiro Ciclo do Ensino Básico e do Secundário, tendo-se concluído que a maioria dos docentes inquiridos leciona no primeiro e terceiro Ciclos do Ensino Básico.

Encontrámos diferenças estatisticamente significativas [ $F(4,188)=5.450;p<0.001$ ] entre as variáveis *Nível de ensino que leciona* e *Atitudes positivas*. Assim sendo, as atitudes positivas que os docentes revelam parecem depender do nível de ensino a que lecionam (**Tabela 6**). Em comparações posteriores, verificámos diferenças de relevância estatística que se situam entre os seguintes pares de médias: *pré-escolar/2.º ciclo* e *2.º ciclo/secundário* (**Figura 6**).

**Tabela 6.** Influência do nível de ensino lecionado pelos docentes nas atitudes, no estigma e medidas a adotar

Variáveis	Nível de ensino que leciona					ONEWAY – ANOVA	
	Pré-escolar	1.ºCEB	2.ºCEB	3.ºCEB	Secundário	F	p
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)		
Atitudes positivas	23.539 (5.027)	19.076 (7.062)	14.677 (11,025)	19,093 (4,996)	23.133 (4,882)	5.450	.000*
Atitudes negativas	-22.615 (3.404)	-18.899 (4.932)	-21.452 (4.767)	-19.182 (8.525)	-21.533 (4.257)	2.164	.750
Estigma	44.000 (7.714)	42.354 (7.589)	43.065 (6.261)	42.527 (8.377)	41.133 (8.895)	.286	.887
Medidas a adotar	18.077 (2.253)	17.203 (2.513)	17.000 (2.745)	16.382 (1.986)	16.226 (1.981)	2.074	.086

\* Resultados estatisticamente significativos para nível 0.05



\* Médias estatisticamente diferentes de acordo com o teste de Scheffee para  $p < 0.05$ .

(Os valores são apresentados com média e intervalos de confiança de 95%.)

**Figura 6.** Análise da variável Atitudes positivas relativamente ao nível de ensino que leciona.

No estudo da relação entre as variáveis *Idade* e *Tempo de serviço* e as variáveis *Atitudes positivas*, *Atitudes negativas*, *Estigma* e *Medidas a adotar* não foram encontradas relações significativas ( $p < 0.05$ ) entre as mesmas, pois apresentam coeficientes muito fracos ( $r < 0.11$ ) (**Tabela 7**).

**Tabela 7.** Análise à relação entre as variáveis *Idade* e *Tempo de serviço* e as atitudes, o estigma e as medidas a adotar.

* Variáveis		Idade	Tempo de serviço
Atitudes positivas	r	,011	,006
	p	,883	,931
Atitudes negativas	r	,103	,106
	p	,152	,141
Estigma	r	,058	,063
	p	,420	,388
Medidas a adotar	r	-,026	-,036
	p	,725	,623

Por fim, procurámos compreender se havia alguma associação entre o nível dos conhecimentos demonstrados pelos inquiridos e as variáveis *Atitudes positivas*, *Atitudes negativas*, *Estigma* e *Medidas a adotar*. Na **tabela 8**, apresentamos os coeficientes de correlação, salientando-se relações significativas ( $p < 0.05$ ) entre os seguintes pares de variáveis: *Avalie o seu conhecimento geral das condições e circunstâncias de vida de*



peessoas com Epilepsia e as Medidas a adotar ( $r$  de Spearman= 0.472;  $p<0.001$ ), traduzindo-se por isso numa correlação forte; Classifique a frequência dos seus contactos com pessoas epiléticas e o Estigma ( $r$  de Spearman= 0.244;  $p<0.001$ ) e entre a primeira e as Medidas a adotar ( $r$  de Spearman= 0.331;  $p<0.001$ ), resultando em correlações fraca e moderada, respetivamente, e finalmente, entre a variável Classifique a intensidade dos seus contactos com pessoas epiléticas, independentemente da frequência desse contacto e o Estigma ( $r$  de Spearman= 0.174;  $p<0.015$ ) e as Medidas a adotar ( $r$  de Spearman= 0.296;  $p<0.001$ ), sendo a primeira uma correlação muito fraca e a segunda uma correlação fraca.

**Tabela 8.** Análise da relação existente entre os conhecimentos gerais, a frequência e a intensidade dos contactos com PCE em função das atitudes, do estigma e das medidas a adotar.

Spearman's		Avalie o seu conhecimento geral das condições e circunstâncias de vida de pessoas com Epilepsia.	Classifique a frequência dos seus contactos com pessoas epiléticas.	Classifique a intensidade dos seus contactos com pessoas epiléticas, independentemente da frequência desse contacto.
Atitudes positivas	rs	-,110	,023	,028
	p	,129	,746	,698
Atitudes negativas	rs	-,128	-,054	-,123
	p	,076	,458	,087
Estigma	rs	-,002	,244(**)	,174(*)
	p	,976	,001	,015
Medidas a adotar	rs	,472(**)	,331(**)	,296(**)
	p	,000	,000	,000

\*\* Correlação significativa para nível 0.01.

\* Correlação significativa para nível 0.05.

## 2. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste subcapítulo, debruçámo-nos na análise e discussão dos resultados, tendo por base a revisão de literatura efetuada sobre o tema em questão e os resultados apresentados anteriormente. Assim, o presente estudo visou conhecer a perspetiva dos docentes no que diz respeito à epilepsia, tendo sido norteado por três hipóteses que apresentamos de seguida.

**H<sub>1</sub>. Os conhecimentos gerais que os educadores/professores possuem acerca da epilepsia e das reais condições de vida das PCE influenciam significativamente as atitudes, o estigma e as medidas a adotar.**

Nas investigações realizadas por Mustapha et al. (2013), Bishop e Boag (2006) e Thacker e colegas (2008) os professores reconheceram que não tinham contacto com PCE ou simplesmente que conheciam a doença de terem ouvido falar nela. Este facto difere dos resultados alcançados no nosso estudo em que quase a totalidade dos inquiridos (92,2%) refere conhecer a epilepsia, ainda que o seu contacto com PCE seja pouco frequente e a intensidade do mesmo reduzida ou quase nula. A razão para tal situação pode dever-se ao facto dessa maioria não integrar o círculo social mais próximo ou familiar até, mas sim corresponder a alunos a quem esses docentes já lecionaram e/ou colegas com quem já trabalharam no decurso da sua atividade profissional. Poderíamos então especular que, face a esta realidade, as variáveis *atitudes*, *estigma* e *medidas a adotar* pudessem estar relacionadas com a frequência e intensidade do contacto dos docentes com PCE. No entanto, verificámos uma relação fraca ou muito fraca entre elas (**Tabela 8**). Assim, concluímos que estas variáveis, embora de fraca ou muito fraca associação, apenas podem contribuir apenas ligeiramente para a redução do estigma, mas também para a melhoria das medidas a adotar no âmbito desta problemática.

Independentemente da frequência e intensidade do contacto com PCE, observámos uma relação forte entre os conhecimentos gerais que os docentes creem possuir acerca da doença e as medidas a adotar numa crise epilética ( $r=.472$ ). 92,2% dos docentes nesta amostra assinalou conhecer a epilepsia e as condições e circunstâncias de vida das PCE, tal como se verificou, por exemplo, em 64,9 % dos docentes no Brasil (Fernandes & Souza, 2004). No entanto, o nível de conhecimentos demonstrado pelos educadores/professores situa-se nos valores inferiores da escala (2=Pouco conhecimento; 3=Algum conhecimento). Apesar de 92,2% dos docentes considerar que possui conhecimentos sobre esta doença, 64,3% reconheceu que estes eram escassos, conforme o observado na **Figura 3**.

Na figura referida no parágrafo anterior, constatámos também que existe uma minoria que desconhece esta problemática (7,8%), evidenciando-se inclusive algumas situações reveladoras de estigma face às PCE, seguindo a tendência internacional. A presença de estigma nesta investigação ficou bem visível através da análise às respostas apresentadas na **Tabela 2**, sendo um exemplo dessa situação o item “A epilepsia não é uma doença contagiosa”, em que 4,6% dos participantes continua a considerá-la uma doença contagiosa, tal como ocorreu noutros estudos, designadamente 2,7% no Paquistão (Akhtar et al., 2012), 2,8% na Tailândia (Kankirawatana, 1999) e 15,5% na Índia (Tacker et al., 2008). No entender de Gomes (2004), professores mal informados quanto à epilepsia pode conduzir à proliferação de atitudes discriminatórias.

Como solução apontada para desmistificar a doença por forma a reduzir mitos e crenças que ainda persistem, Dantas et al. (2001) sugerem a criação de programas por forma a aumentar a formação sobre a epilepsia, como pudemos verificar na investigação efetuada por Lunardi (2012), cujo nível de conhecimentos dos professores aumentou após a frequência de um curso.

Outro aspeto favorável verificado neste estudo foi a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o conhecimento de PCE e as atitudes e também no que diz respeito às medidas a adotar. Constatámos portanto que o facto da maioria dos docentes (63,7%) conhecer PCE, contribui para melhorar o seu modo de lidar com a epilepsia quer ao nível das atitudes, que se revelam menos negativas, quer das medidas de primeiros socorros mais adequadas.

Em virtude da hipótese levantada, concluímos que os conhecimentos gerais que os educadores/professores referem ter acerca da epilepsia e das reais condições e circunstâncias de vida das PCE são razoáveis. Contudo, estes não parecem influenciar significativamente as atitudes nem o estigma, apenas os procedimentos a ter perante uma crise convulsiva.

## **H<sub>2</sub> Os educadores/professores têm a perceção das medidas a adotar perante uma crise epilética.**

Na maior parte dos estudos mencionados na revisão de literatura, os professores admitiram desconhecer as medidas mais adequadas a adotar, sentindo-se inclusive pouco confiantes para responder eficazmente às mesmas. Contudo, a nossa amostra revelou diferenças nesta variável, visto a maioria dos docentes (80,8%) ter manifestado conhecimentos sobre as medidas de primeiros socorros, sendo a sua percentagem mais elevada que as alcançadas nos estudos de Kankirawatana (1999) (13,6%), Dantas et al. (2001) (43%) e Thacker et al. (2008) (42,7%), mas ligeiramente inferior aos valores obtidos em Karachi (2012), no Paquistão (86,4%). Esta perceção que os docentes têm quanto aos procedimentos mais adequados, representados na nossa amostra, pode estar relacionada com o facto dos profissionais da educação conhecerem PCE e/ou de terem algum contacto com as mesmas. Nesse sentido, a variável referente ao conhecimento de PCE pode influenciar de modo positivo as medidas a adotar face a uma crise convulsiva, aumentando até o conhecimento que aqueles têm da problemática em questão.

Na perspetiva de Fernandes et al. (2007), os professores pertencem a uma classe instruída, no entanto, e apesar de afirmarem que têm conhecimentos sobre este assunto, não se sentem devidamente preparados para trabalhar com uma criança epilética na sala

de aula, traduzindo-se, por vezes, em atitudes confusas e menos corretas, e até em sentimentos menos positivos.

Numa análise mais pormenorizada aos dados recolhidos, constatámos que nem todos os docentes sabiam como ajudar (19,2%) e aqueles que afirmaram saber, nem sempre adotariam as medidas mais adequadas e/ou ajustadas, tal como pudemos verificar pelos exemplos que se seguem: procurar socorro imediato (95,9%), cujo valor foi superior ao obtido por Thacker e colegas (44,7%) demonstrando insegurança e falta de confiança, ou segurar o epilético (66,3%) restringindo os seus movimentos, em que a percentagem por nós encontrada foi também mais elevada que nos estudos de Kankirawatana (30,2%) e de Tiamkao e colegas (26,5%), revelando falta de formação nesta área.

No que diz respeito aos múltiplos sentimentos que os sujeitos poderiam demonstrar pelas PCE durante uma crise epilética, averiguámos no presente estudo que estes evidenciariam essencialmente susto (70,3%) e tristeza (57,5%). Também na investigação efetuada por Lunardi (2012), o susto e a tristeza foram os sentimentos mais apontados pelos docentes inquiridos com percentagens muito semelhantes às alcançadas no nosso estudo de 75,8% para o susto e 61,6% para a tristeza.

Sobre este assunto, Fernandes e Souza (2004) e Akpan et al. (2013) referem que o facto de se ter um conhecimento insuficiente acerca da epilepsia, pode levar à idealização da melhor forma de atuar, podendo colocar em risco as PCE por prestação de auxílio indevido, que na perspetiva de Fernandes et al. (2007) se baseia no medo e em crenças infundadas. Desse modo, e por forma a melhorar verdadeiramente os conhecimentos dos docentes no que se refere aos procedimentos adequados a adotar face a uma crise epilética, consideramos imperioso a criação de cursos de sensibilização da classe docente relativamente à epilepsia.

Concluimos que quanto maior for o conhecimento geral sobre a epilepsia, bem como a frequência e intensidade do contacto com PCE, melhores procedimentos os docentes poderão eventualmente adotar quando confrontados com uma crise de epilepsia.

Assim, e tendo em consideração a hipótese formulada anteriormente, constatámos no estudo por nós realizado que, de um modo geral, os educadores/professores demonstram ter a perceção das medidas a adotar numa crise epilética, embora uma minoria tenha reconhecido que não saberia como ajudar diante da mesma.

**H<sub>3</sub> As variáveis *Género, Idade, Tempo de serviço e Nível de ensino que leciona* apresentam uma associação positiva com as variáveis *Atitudes positivas, Atitudes negativas, Estigma e Medidas a adotar*.**

Feita a análise das variáveis independentes, verificámos que a *Idade* e o *Tempo de serviço* não exercem nenhuma influência nos educadores/professores relativamente às suas *atitudes, estigma e medidas a adotar*, não tendo sido registadas diferenças de relevância estatística. Tal situação foi igualmente observada na variável *género*, corroborando assim os estudos realizados no Paquistão (Akhtar et al., 2012) e nos EUA (Bishop & Boag, 2006), cuja variável também não pareceu condicionar o grau dos conhecimentos sobre a epilepsia. Somente na variável *nível de ensino que leciona* é que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Desde sempre que os educadores/professores desempenham um papel preponderante no desenvolvimento global das crianças e/ou jovens. Partindo desse pressuposto, e considerando os resultados da nossa amostra face ao nível de ensino a que os docentes lecionam, constatámos que há diferenças significativas entre a referida variável e as atitudes positivas demonstradas. Ainda no que concerne a esta variável, as diferenças mais acentuadas registaram-se entre o pré-escolar e o 2.º CEB, e este último e o secundário, como podemos verificar através da observação feita à **Figura 6**. Tal situação poderá dever-se, no entender de Fernandes e Souza (2004), Tacker et al. (2008) e Akpan et al. (2013), ao facto dos educadores/professores serem, na sua maioria, modelos a seguir pelas crianças e jovens, sobretudo nos níveis de ensino onde esta relação foi mais visível, cujas idades correspondem à infância e adolescência, períodos em que mais facilmente se reproduzem atitudes e comportamentos vistos no adulto, tido como o exemplo a adotar. Logo, se essas atitudes face à epilepsia forem positivas, menor é o preconceito face à mesma, contribuindo, na opinião de Fernandes e Souza (2004), para a diminuição do estigma na sociedade.

Por oposição aos resultados alcançados por Akpan et al. (2013), na Nigéria, os sujeitos inquiridos revelaram atitudes positivas que, de acordo com Fernandes e Souza (2004), são as adequadas e esperadas para a classe profissional analisada.

Em suma, das variáveis independentes analisadas no presente estudo, apenas a que diz respeito ao *nível de ensino a que leciona* é que apresentou uma associação positiva com as atitudes.

## CONCLUSÃO

O presente trabalho pretendeu conhecer as atitudes, conhecimentos e percepções do estigma que os educadores/professores demonstram face à epilepsia. Neste ponto, apresentamos as principais ideias do estudo desenvolvido. Relativamente aos objetivos delineados inicialmente, consideramos que os mesmos foram cumpridos mediante a verificação das hipóteses entretanto formuladas. No que se refere a estas últimas, concluímos que:

- os educadores/professores revelam conhecimentos razoáveis acerca da epilepsia e das reais condições e circunstâncias de vida das PCE;
- apesar da frequência do contacto com PCE ser pouco frequente e a intensidade do mesmo reduzida, estas duas variáveis apresentam um fraca ou muito fraca associação com as variáveis *Estigma* e *Medidas a adotar*;
- existe uma minoria que desconhece a epilepsia, evidenciando algum estigma ao nível das atitudes e conhecimentos face à mesma;
- os conhecimentos gerais referidos pelos docentes apenas afetam o conhecimento que os mesmos têm relativamente às *Medidas a adotar*;
- a variável relativa ao conhecimento de PCE influencia as *Medidas a adotar*;
- a maioria dos docentes tem percepção das *Medidas a adotar* perante uma crise epilética, embora nem sempre adoptasse os procedimentos mais adequados ao momento;
- as variáveis referentes ao *género*, *idade* e *tempo de serviço* não evidenciam nenhum grau de influência ao nível das *Atitudes*, do *Estigma* e das *Medidas a adotar*;
- a variável *nível de ensino que leciona* produz efeito ao nível das atitudes, essencialmente positivas.

Entretanto, e no decurso desta investigação, deparamo-nos com algumas limitações que se prendem com a singularidade deste estudo no contexto português, a bibliografia e o tipo de amostragem utilizada.

De acordo com a pesquisa por nós efetuada, existem várias investigações difundidas um pouco por todo o mundo com o intuito de aprofundar esta temática não só do ponto de vista clínico, mas também educacional. Contudo, em Portugal, e apesar de serem conhecidos alguns estudos relativos à epilepsia, estes fazem referência essencialmente à epilepsia enquanto patologia, centrando-se muito pouco no impacto da mesma no contexto educativo. Nesse sentido, e dada a ausência de estudos neste âmbito, não houve a possibilidade de estabelecermos uma comparação com base na mesma realidade cultural,

no que diz respeito às atitudes, comportamentos e percepções do estigma que os docentes portugueses demonstram face à epilepsia.

A segunda limitação com que nos confrontamos vem no seguimento da anterior e encontra-se relacionada com a bibliografia. Os livros que existem em Portugal sobre esta problemática são em número reduzido e contêm uma linguagem muito técnica, muito específica direccionada para a área da saúde. Por esse motivo, recorreremos sobretudo a artigos científicos relacionados com a epilepsia e a escola, os quais servem então de suporte ao trabalho empírico.

Por fim, a terceira e última limitação advém do tipo de amostra que adotamos neste trabalho, tendo-se optado por utilizar uma amostra não aleatória do tipo *Snowball* que pode ter originado resultados enviesados devido aos pensamentos e valores comuns, partilhados pelos inquiridos.

Tendo portanto em consideração as conclusões apresentadas e a lógica da escola inclusiva, cujo princípio se encontra preconizado na Declaração de Salamanca, estamos convictos de que estudos que incidam em problemáticas pouco conhecidas da população, tal é o caso da epilepsia, poderão constituir-se pilares essenciais na construção de uma sociedade mais inclusiva. É, portanto, na esperança de procurar desmistificar essas patologias junto dela que nasce em nós a vontade de querer explorar melhor esta temática, levando-nos por isso a esboçar alguns possíveis estudos a realizarem-se futuramente.

Dado o facto do preconceito face à epilepsia encontrar-se ainda hoje enraizado na nossa sociedade, tal como foi perceptível nos resultados obtidos, consideramos que seria pertinente aprofundar a temática referente ao estigma no que diz respeito a esta doença, procurando alargar o nosso objeto de estudo ao resto da população.

Outra possibilidade seria verificar as atitudes, os conhecimentos e as percepções do estigma face à epilepsia que os docentes têm antes e após um curso/formação de sensibilização no âmbito dessa problemática, comparando os resultados neles obtidos, bem como verificar as atitudes, os conhecimentos e as percepções do estigma face à epilepsia, comparando as perspetivas dos docentes com as da população em geral.

Em suma, quanto mais os educadores/professores aprofundarem os seus conhecimentos relativamente às problemáticas com que se deparam diariamente na sala de aula, mais capacitados possivelmente se sentirão para responder de forma eficaz face às mesmas, principalmente se estas se enquadrarem no âmbito da educação especial, avançando um pouco mais em direção à verdadeira inclusão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akhtar, S. & Aziz, H. (2004). Perception of epilepsy in muslim history with current scenario. *Neurology Asia*, 9(Sup. 1), 59-60.
- Akhtar, S., Mogal, Z., Ali, S., Ali, M., Sonija, A., Afridil, H., e cols. (2012). Survey of knowledge, attitude and practice of epilepsy among 221 school teachers in Karachi. *Pakistan Journal of Neurological Sciences*, 7(4), 1-5.
- Akpan, M., Ikpeme, E. & Utuk, E. (jun 14, 2013). Teachers' knowledge and attitudes towards seizure disorder: A comparative study of urban and rural school teachers in Akwa Ibom State, Nigeria. *Nigeria Journal of Clinical Practice*, 16 (3).
- Almeida, M., Gutierrez, Q. & Marques, R. (2012). *Qualidade de Vida*. Definição, conceitos e interface com outras áreas de pesquisa. São Paulo: Edições EACH/USP.
- Alonso, N. & Yacubian, E. (2010). Qualidade de vida e epilepsia, perspectivas futuras e ações práticas para a pessoa com epilepsia. *Journal of Epilepsy and Neurophysiology*, 16(1), 32-37.
- Alves, R. (2012). *Transição do Decreto-Lei n.º 319/91 para o 3/2008 no âmbito da Educação Especial – um estudo de caso*. Dissertação de mestrado. Universidade Católica do Porto: Porto.
- Appleton, R., Chappell, B. & Beirne, M. (2000). *Tudo sobre epilepsia*. São Paulo: Andrei Editora.
- Austin, J., Macleod, J., Dunn, D., Shen, J. & Perkins, S. (2004). Measuring stigma in children with epilepsy and their parents: instrument development and testing. *Epilepsy & Behavior*, 5, 472-482.
- Bishop, M. & Boag, E. (2006). Teachers' knowledge about epilepsy and attitudes towards students with epilepsy: results of a national survey. *Epilepsy & Behavior*, 8, 397-405.
- Boer, H., Mula, M. & Sander, J. (2008). The global burden and stigma of epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 12, 540-546.
- Brailowsky, S. (1992). La epilepsia: historia, conceptos y aportaciones. Elementos — *Revista de Trimestral de Ciências Exactas, Naturales y Aplicadas*, 2(17), 3-10.
- Cardoso, A. & Pinto, N. (2011). A Pessoa com epilepsia e o mercado de trabalho. *Revista de Enfermagem Integrada — Ipatinga: Unileste M-G*. 4(1), 637-647.
- Castro, E., Ferreira, R. & Goulart, E. (2008). A Epilepsia e os transtornos mentais: a interface neuropsiquiátrica. *Rev Med Minas Gerais* 18(4 Supl 1), 98-106.
- Correia, L. (2008a). *A escola contemporânea e a inclusão de alunos com NEE*. Col. «Impacto Educacional». Porto: Porto Editora.
- Correia, L. (2008b). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais: um guia para educadores e professores* (2.ª ed.). Col. «Necessidades Educativas Especiais», Porto: Porto Editora.
- Correia, M. (2010). *Educação especial e inclusão. Quem disser que uma sobrevive sem a outra não está no seu perfeito juízo* (2.ª ed.). Col. «Educação Especial». Porto: Porto Editora.



- Curral, M. (1989). *Aspetos psicossociais na epilepsia: contribuição para o seu estudo*. Tese de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: Porto.
- Dantas, F., Cariri, G., Cariri, G. & Filho, A. (2001). Knowledge and attitudes toward epilepsy among primary, secondary and tertiary level teachers. *Arq Neuropsiquiatr*, 59(3-B), 712-716.
- Dunn, D. (2003). Review: neuropsychiatric aspects of epilepsy in children. *Epilepsy & Behavior*, 4, 101-106.
- Estrela, E., Leitão, M. & Soares, M. (2006). *Saber escrever uma tese e outros textos* (2.ªed.). Lisboa: Dom Quixote.
- Fernandes, P. & Souza, E. (2001a). Procedimento educativo na epilepsia infantil. *Estudos de Psicologia*, 6(1), 115-120.
- Fernandes, P. & Souza, E. (2001b). Identification of family variables in parents' groups of children with epilepsy. *Arq. Neuropsiquiatr*, 59(4), 854-858.
- Fernandes, P. & Souza, E. (2004). Percepção do estigma da epilepsia em professores do ensino fundamental. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 189-195.
- Fernandes, P., Cabral, P., Araújo, U., Noronha, A. & Li, L. (2005). Kids' perception about epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 6, 601-603.
- Fernandes, P. & Li, L. (2006). Percepção de estigma na epilepsia. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 12(4), 207-218.
- Fernandes, P., Salgado, P., Noronha, A., Sander, J. & Li, L. (2007). Stigma scale of epilepsy — Validation process. *Arq Neuropsiquiatr*, 65 (Supl 1), 35-42.
- Fernandes, P., Noronha, A., Araújo, U., Cabral, P., Pataro, R., Boer, H., e cols. (2007). Teachers' perception about epilepsy. *Arq Neuropsiquiatr*, 65 (Supl 1), 28-34.
- Ferreira, D., Toschi, L. & Souza, T. (2006). Distúrbios de linguagem e epilepsia. *Estudos, Goiânia*, 33(5/6), 455-471.
- Filho, G., Rosa, V. & Yacubian, E. (2008). Transtornos psiquiátricos na epilepsia: uma proposta de classificação elaborada pela comissão de neuropsiquiatria da ILAE. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 14(3), 119-123.
- Filho, H., Costa, C. & Gomes, M. (2006). Epilepsia e saúde mental na infância. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 12(2), 79-88.
- Fonseca, C., Tedrus, G., Costa, A., Costa, C., Luciano, P. & Costa, K. (2004). Conhecimentos e atitudes sobre epilepsia entre universitários da área da saúde. *Arq Neuropsiquiatr*, 62(4), 1068-1073.
- Fougère, C., Rominger, A., Förster, S., Geisler, J. & Bartenstein, P. (2009). PET and SPECT in Epilepsy: a critical review. *Epilepsy & Behavior*, 15, 50-55.
- Gameiro, A. (1989). *Manual de saúde mental e psicopatologia — Guia prático de acompanhamento na saúde mental e na doença nervosa*, 4.ª ed., (p.447-455). Porto: Edições Salesianas.
- Gomes, A. (2004). *Afinal é só epilepsia*, 1.ª ed.. Porto: Ambar.

- Gomes, M. (2006). História da epilepsia: um ponto de vista epistemológico. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 12(3), 161-167.
- Gomes, M. (2008). Aspectos epidemiológicos das comorbidades psiquiátricas em epilepsia. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 14(4), 162-170.
- Guerrero, D., Infante, Y. & Palacios-Espinosa, X. (2008). Epilepsia: personalidad, depresión, atención y memoria. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 17(3), 156-167.
- Guerreiro, C. & Guerreiro, M. (2004). Epilepsia. Campinas: Editora de Projetos Médicos Ltda.
- Guilhoto, L., Nobre, C., Silva, A. & Tavares, C. (2007). Ação educativa de professores de ensino fundamental sobre epilepsia na periferia do município de São Paulo, união de extremos — especialistas e educadores. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 13(3), 143-147.
- Guilhoto, L., Fernandes, R., Pacheco, S., Ballester, D. & Gilio, A. (2009). Benign focal seizures of adolescence and neuropsychological findings in patients from community. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 15(4), 184-191.
- Guilhoto, L., Martins, H. Dourado, M. Almeida, E., Mesquita, S. Tavares, C., e cols (2010). IBE Promising strategies program 2008: 'Epilepsy at school: teaching the teachers' — Educational plan of the 'Associação Brasileira de Epilepsia' with the teachers of elementary school. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 16(2), 80-86.
- Guimarães, C., Souza, E., Montenegro, M., Cendes, F. & Guerreiro, M. (2003). Cirurgia para epilepsia na infância: avaliação neuropsicológica e de qualidade de vida. *Arq Neuropsiquiatr*, 61(3-B), 786-792.
- Herranz, J. (2003). Trastornos epilépticos en la edad pediátrica. *Pediatr Integral*, 8(9), 651-658.
- Hills, M. (2007). The psychological and social impact of epilepsy. *Neurology Asia*, 12 (Supl.1), 10-12.
- Houeto, E. (2005). *Itineraire therapeutique des epileptiques dans l'arrondissement de Djidja*. Tese de doutoramento. Université d'Abomey – Calavi: République du Benin.
- Izquierdo, T. (2006). *Necessidade Educativas Especiais: a mudança pelo relatório Warnock*. Dissertação de mestrado. Universidade de Aveiro: Aveiro.
- Jones, J. Watson, R., Sheth, R., Caplan, R., Koehn, M, Seidenberg, e cols (2007). Psychiatric comorbidity in children with new onset epilepsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49, 493-497.
- Kankirawatana, P. (1999). Epilepsy awareness among school teachers in Thailand. *Epilepsia*, 40(4), 497-501.
- Kutscher, M. (2011). Compreender a epilepsia — *Um guia para pais, professores e outros profissionais* (A. Veleza, Trad.). Col. «Educação e Diversidade». Porto: Porto Editora. (Obra original em inglês publicada em 2006).
- Lunardi, M. (2012). *Educação em epilepsia para profissionais da educação*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis.

- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística – Com Utilização do SPSS* (3.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Martínez, M. (2009). La epilepsia en la historia. *NeuroCuba*, 108-119.
- Medina, M., Sell, F., Calix, N. & Gracia, F. (eds.). (2001). *Las epilepsias en centroamerica*, 1.<sup>a</sup> ed.. Honduras: Scancolor.
- Moreira, S. (2004). Epilepsia: concepção histórica, aspectos conceituais, diagnóstico e tratamento. *Mental-ano II*, (3), 107-122.
- Moriez, N. (2003). L'enfant épileptique à l'école. Comment sortir de l'impasse? *Neurologies*, 6, 274-278.
- Moscheta, S. (2010). *Epilepsia mioclônica juvenil: avaliação das funções atencionais e executivas, traços de personalidade e adequação social*. Tese de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: São Paulo.
- Mulas, F., Hernández, S., Mattos, L., Abad-Mas, L. & Etchepareborda, M. (2006). Dificultades del aprendizaje en los niños epilépticos. *Rev Neurol*, 42(Supl.2), 157-162.
- Mustapha, A., Odu, O. & Akande, O. (2013). Knowledge, attitudes and perceptions of epilepsy among secondary school teachers in Osogbo South West Nigeria: A community based study. *Nigeria Journal of Clinic Practice*. 16(1), 12-18.
- Nielsen, L. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na sala de aula — Um guia para professores*. Col. «Educação Especial». Porto: Porto Editora.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2002). *Relatório Mundial da Saúde 2001. Saúde mental: novas concepções, novas esperanças*. 1.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Padró, L., Rovira, R. & Ortega, M. (2000). Avances en el tratamiento de la epilepsia: estado de mal epiléptico. *Rev Neurol*, 30(9), 873-881.
- Pilard, M., Brosset, C. & Junod, A. (1992). Les representations sociales et culturelles de l'épilepsie. *Médecine d'Afrique Noire*, 39(10), 652-657.
- Quagliato, E. (2006). Estigma na epilepsia. *Revista Eletrônica de Ciências* (31).
- Ramalho, J., Silva, C. & Cruz, C. (2009). Intervenção precoce na epilepsia. *Rev.Bras.Ed. Esp.*, Marília, 15(3), 359-368.
- Ramos, A., Gabbai, A. & Cintra, I. (2004). Impacto nutricional da dieta cetogênica em crianças com epilepsia de difícil controle. *Pediatrics*, 26(4), 230-239.
- Riggs, A. & Riggs, J. (2005). Epilepsy's role in the historical differentiation of religion, magic, and science. *Epilepsia*, 46(3), 452-453.
- Roriz, T. (2009). *Epilepsia, estigma e inclusão social/escolar: reflexões a partir de estudos de caso*. Tese de doutoramento. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto: Ribeirão Preto.
- Rosa, M. (1997). Obstáculos percebidos por pais e professores no atendimento das necessidades de crianças com epilepsia. *Rev. Latino-am. enfermagem*, 5, 37-44.

- Ross, E., Peckham, C., West, P. & Butler, N. (1980). Epilepsy in childhood findings from the National Child Development study. *British Medical Journal*, 26 January, 207-210.
- Salgado, P. & Souza, E. (2002). Impacto da epilepsia no trabalho: avaliação da qualidade de vida. *Arq. Neuropsiquiatr*, 60(2-B), 442-445.
- Salgado, P., Fernandes, P., Noronha, A., Barbosa, F., Souza, E. & Li, L. (2005). The second step in the construction of a stigma scale of epilepsy. *Arq. Neuropsiquiatr*, 63(2-B), 395:398.
- Sarmiento, M. & Gomez, C. (2000). A Epilepsia, o epilético e o trabalho: relações Conflitantes. *Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 16(1), 183-193.
- Shigematsu, H. (2007). Comprehensive epilepsy care for pre-school age children. *Neurology Asia*, 12 (Supl 1), 36-38.
- Shorvon, S. (2011). The etiologic classification of epilepsy. *Epilepsia*, 52(6), 1052-57.
- Silva, M. (2008). O contexto educacional da criança portadora de necessidades educativas especiais: a importância do professor. *Revista Eletrônica do CESVA*, 1(1), pág. 159-166. Consultado em [www.faa.edu.br/revista/v1\\_n1\\_art09.pdf](http://www.faa.edu.br/revista/v1_n1_art09.pdf) a 12 de agosto de 2012.
- Silva, M. (2009). Da exclusão à Inclusão: concepções e práticas. *Revista Lusófona da Educação*, 13, 135-153.
- Smirnow, D. (2007). Qué es la comorbilidad. *Revista Chilena de Epilepsia*, 8(1), 49-51.
- Souza, E. (1999). A qualidade de vida na epilepsia infantil. *Arq Neuropsiquiatr*, 57(1), 34-39.
- Spangenberg, J. & Lalkhen, N. (2006). Children with epilepsy and their families: psychosocial issues. *SA Fam Pract*, 48(6), 60-63.
- Thacker, A., Verma, A., Ji, R., Thacker, P. & Mishra, P. (2008). Knowledge awareness and attitude about epilepsy among schoolteachers in India. *Seizure*, 17, 684-690.
- Thurman, D., Beghin, E., Begley, C., Berg, A., Buchhalter, J., Ding, D., e cols (2011). ILAE epidemiology commission report: standards for epidemiologic studies and surveillance of epilepsy. *Epilepsia*, 52(Suppl. 7), 2-26.
- Tiamkao, S., Aauevitchayapat, N., Arunpongpaisal, S., Chaiyakum, A., Jipimolmard, S., Phuttharak, W., e cols (2005). Knowledge of epilepsy among teachers in Khon Kaen Province, Thailand. *Journal Med Assoc. Thai*, 88(12), 1802-1808.
- UNESCO (1994). *Declaração de Salamanca e enquadramento da acção na área das Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- UNICEF (1990). *A Convenção dos Direitos da Criança*.
- Valente, K., Souza, S., Kuczynski, E. & Negrão, N. (2004). Depressão em crianças e adolescentes com epilepsia. *Rev. Psiq. Clín*, 31(6), 290-299.
- Vasconcelos, M., Azevedo, P., Esteves, L., Brito, A., Olivaes, M & Herdy, G. (2004). Dieta Cetogênica para epilepsia intratável em crianças e adolescentes: relato de 6 casos. *Ver Assoc Med Bras*, 50 (4), 380-385.

- Vieira, F. (2005). *Avaliação de crenças sobre Epilepsia em adultos e crianças em grupos de universitários*. Tese de mestrado. Universidade Federal de Uberlândia: Uberlândia.
- Zanini, R. (2007). *Qualidade de vida da criança com epilepsia e de seu cuidador*. Tese de doutoramento. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul: Porto Alegre.
- Zanini, R., Portuguese, M., Costa, D., Marroni, S. & Costa, J. (2008). Percepção do estigma na criança com epilepsia refratária: estudo comparativo entre doenças crônicas na infância. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 14(3), 114-118.
- Zanini, R., Cruz, R. & Zavareze, T. (2011). A percepção dos professores de ensino fundamental sobre a criança com epilepsia na escola em Santa Catarina. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 17(1), 7-9.

### **LEGISLAÇÃO:**

- Lei n.º46/86 de 14 de outubro. *Diário da República*, n.º237 – I Série. Assembleia da República.
- Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de agosto. *Diário da República*, n.º1937 – 23-8-1991. Ministério da Educação.
- Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro. *Diário da República*, n.º4 – 1.ª Série. Ministério da Educação.
- Decreto-Lei n.º 138/2012, de 5 de julho. *Diário da República* n.º129 – 1.ª Série. Ministério da Economia e do Emprego.

### **WEBGRAFIA:**

- <http://www.comciencia.br/reportagens/epilepsia/ep18.htm>. Consultado em 24 de outubro, 5 e 7 de novembro de 2012
- <http://pt.scribd.com/doc/23951608/Historia-de-La-Epilepsia>. Consultado em 03 de novembro de 2012
- <http://mosaicum.org/2010/10/04/biblioteca-malleus-maleficarum-o-martelo-das-bruxas-em-portugues/>. Consultado em 7 de novembro de 2012
- <http://www.epilepsia.pt/lpce>. Consultado ao longo da dissertação.
- <http://www.ilae.org/Visitors/Centre/ctf/documents/PortugueseFullarticleBergetal2010.pdf>. Consultado em 30 de novembro de 2012
- <http://www.ilae.org/>. Consultado em 30 de novembro de 2012



## Tese Mestrado - Epilepsia

Gostaríamos de solicitar a sua colaboração no preenchimento dos presentes inquéritos que se destinam ao desenvolvimento de uma dissertação no âmbito do Mestrado de Educação Especial, no domínio Cognitivo e Motor.

Este trabalho visa compreender as perceções, as atitudes e os conhecimentos que os educadores/professores têm face à Epilepsia. Nos dois questionários que se seguem ser-lhe-ão apresentadas algumas afirmações/questões sobre a problemática da Epilepsia, perante as quais pretendemos saber a sua opinião.

Relembramos ainda que as suas respostas são anónimas e confidenciais, pelo que pedimos a sua melhor colaboração.

Atenciosamente,  
Fernanda Silva

**\*Obrigatório**

### 1. Género \*

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Masculino  
☐ Feminino

### 2. Idade \*

.....

### 3. Anos de serviço \*

.....

### 4. Grau académico mais elevado \*

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Bacharelato  
☐ Licenciatura  
☐ Pós Graduação/Especialização  
☐ Mestrado  
☐ Doutoramento

5. **Nível de Ensino que leciona \***

(pode seleccionar mais do que uma opção)

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Pré-escolar
- ☐ 1.º Ciclo
- ☐ 2.º Ciclo
- ☐ 3.º Ciclo
- ☐ Secundário
- ☐ Outra: \_\_\_\_\_

**Questionário 1. “As atitudes e os conhecimentos dos professores face à Epilepsia” (adaptado dos autores ANTONAK, R. e LIVNEH, H.)**

---

1) Por favor, coloque um X no item/número que considera mais adequado à sua resposta.

6. **1.1. Avalie o seu conhecimento geral das condições e circunstâncias de vida de pessoas com Epilepsia. \***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	
Nenhum Conhecimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Conhecimento

7. **1.2. Classifique a frequência dos seus contactos com pessoas epiléticas. \***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	
Muito Pouco Frequente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Frequente

8. **1.3. Classifique a intensidade dos seus contactos com pessoas epiléticas, independentemente da frequência desse contacto. \***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	
Nada intenso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito intenso

9. **2. Conhece alguma pessoa com epilepsia? \***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim    *Passe para a pergunta 10.*
- ☐ Não    *Passe para a pergunta 11.*



10. Se respondeu «Sim», de que forma é que a(s) conhece?

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Filhos
- ☐ Esposo/a
- ☐ Irmãos
- ☐ Familiar
- ☐ Aluno
- ☐ Colega de trabalho
- ☐ Funcionário
- ☐ Vizinho/a
- ☐ Conhecido/a
- ☐ Outra: \_\_\_\_\_

11. Para responder às questões seguintes assinale com um X uma opção da seguinte escala: \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	Discordo Muito	Discordo	Discordo Pouco	Concordo Pouco	Concordo	Concordo Muito
As escolas não devem colocar as crianças com Epilepsia em turmas do ensino regular.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessoas com Epilepsia têm os mesmos direitos que todas as outras pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessoas com Epilepsia podem operar máquinas com segurança.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A pessoa com Epilepsia não possui esperança de vida normal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As companhias de seguro não devem negar o seguro a um indivíduo epilético.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As pessoas com Epilepsia não devem ser impedidas de ter filhos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessoas com Epilepsia devem ser proibidas de conduzir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Crianças com Epilepsia devem frequentar escolas públicas e turmas de ensino regular.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O início das crises epiléticas num cônjuge é motivo suficiente para o divórcio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indivíduos com Epilepsia apresentam atraso mental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As pessoas com Epilepsia são um perigo para a sociedade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A responsabilidade pela educação de crianças com Epilepsia é de toda a comunidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indivíduos com Epilepsia são propensos a acidentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As crianças precisam de ser protegidas dos colegas que têm Epilepsia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os pais devem esperar do seu filho que tem Epilepsia o mesmo que esperam das outras crianças.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessoas com Epilepsia podem participar em atividades intensas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessoas epiléticas têm maior probabilidade de desenvolver e expressar tendências criminosas do que outras pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Indivíduos com Epilepsia não deveriam ser proibidos de casar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As leis que referem a Epilepsia como argumento para a anulação da adoção devem ser revogadas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessoas com Epilepsia preferem viver com outras de características semelhantes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Devem ser dadas as mesmas oportunidades de emprego para indivíduos com Epilepsia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É esperado que a condição física de uma pessoa com Epilepsia se vá deteriorando.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os filhos de pais com Epilepsia também têm Epilepsia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando as convulsões epiléticas são controladas pela medicação, os epiléticos são quase como qualquer outra pessoa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Às famílias de crianças epiléticas não deve ser fornecido apoio de serviços sociais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A Epilepsia não é uma doença contagiosa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crianças com Epilepsia em classes de ensino regular têm um efeito negativo sobre as outras crianças.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Indivíduos com Epilepsia podem lidar com uma semana de trabalho de 40 horas.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

**Questionário 2. “Stigma Scale of Epilepsy” (adaptado dos autores FERNANDES, P., SALGADO, P., NORONHA, A., SANDER, J. e LI, L., 2007)**

Nas questões apresentadas (1 a 6), as respostas devem ser assinaladas de acordo com a seguinte numeração:

1 = Não    2 = Um pouco    3 = Bastante    4 = Muitíssimo

*Passe para a pergunta 12.*

12. 1. Acha que as pessoas com epilepsia sentem-se capazes de controlar a sua própria epilepsia? \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	
Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo

13. 2. O que sentiria ao ver uma pessoa com epilepsia a ter uma crise? \*

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Não	Um Pouco	Bastante	Muitíssimo
a) Susto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Tristeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Pena/Dó	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. 3. Que dificuldades pensa que as pessoas com epilepsia têm no seu dia-a-dia? \*

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Não	Um Pouco	Bastante	Muitíssimo
a) relacionamento familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) emprego	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) amizade/namoro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) sexualidade:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) emocionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) preconceito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. **4. Na sua opinião, como é que as pessoas com epilepsia se sentem? \***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Um Pouco	Bastante	Muitíssimo
a) preocupadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) dependentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) incapazes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) com medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) envergonhadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) deprimidas/tristes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) iguais às outras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. **5. Para si, o preconceito contra as pessoas com epilepsia ocorre em que situações? \***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Um Pouco	Bastante	Muitíssimo
a) na convivência social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) no casamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) no trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) na escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) na família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. **6. E o que faria ao ver uma pessoa com epilepsia a ter uma crise? \***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Um Pouco	Bastante	Muitíssimo
a) saberia como ajudar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) puxaria a língua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) protegeria a cabeça	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) seguraria a pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) afastar-me-ia com medo de contágio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) procuraria socorro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

